



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

## *Burnout* nos Enfermeiros do Serviço de Urgência

Carlos Nogueira





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Carlos Manuel Esteves Nogueira

*Burnout* nos Enfermeiros do Serviço de Urgência

Nome do Curso de Mestrado  
IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Dezembro de 2016



## Resumo

### ***Burnout* nos Enfermeiros do Serviço de Urgência**

O conceito multidimensional do síndrome de *burnout* visa traduzir a situação de elevada exaustão emocional, experimentada pelos prestadores de cuidados (cuidadores) que se manifesta no desenvolvimento de atitudes de indiferença e afastamento emocional face aos destinatários dos cuidados (dita dimensão despersonalização) e por um sentimento de ineficácia (dimensão realização pessoal). O fenómeno tem origem na exposição a cargas excessivas de stress e evidencia-se mais frequentemente nos profissionais que assistem e contactam diariamente com o "outro".

A presente investigação teve como objetivo apurar a incidência do síndrome de *burnout* entre os Enfermeiros num Serviço de Urgência da zona Norte do país, atentando, para o efeito, nas três dimensões que o mesmo compreende, nomeadamente os indicadores da exaustão emocional, da despersonalização e da realização pessoal, bem como verificar a interferência dos resultados obtidos nestas dimensões com os dados sociodemográficos (estado civil, género e antiguidade no serviço de urgência), utilizando o *Maslach Burnout Inventory - MBI*.

Assim, foram aplicados inquéritos destinados a avaliar o índice de *burnout* (MBI) em função de três variáveis: o tempo de serviço, o estado civil e o género, respetivamente.

Metodologicamente trata-se, pois, de um estudo quantitativo de natureza meramente exploratória, descritiva e restrito aos aspetos quantitativos da real idade analisada.

A população estudada foi composta por 37 enfermeiros que desempenham funções num serviço de urgência da zona Norte do país. A amostra é predominantemente feminina, com idades compreendidas entre os 24 e os 59 anos.

Os resultados mostraram que os sujeitos pontuam um nível elevado na dimensão exaustão emocional e um nível médio nas dimensões despersonalização e realização pessoal e que a antiguidade no serviço de urgência, o género e o estado não interferem significativamente no síndrome de *burnout*.

Palavras-chave: *burnout*, enfermeiros e serviço de urgência.

## *Abstract*

*Nurses burnout in the emergency services.*

*The multidimensional concept of burnout is used to express the situation of emotional exhaustion experienced by healthcare providers (caregivers) which manifests itself in the development of indifference attitudes, emotional distancing towards the recipients of care (caretakers) (called depersonalization dimension) and also by a feeling of inadequacy (dimension personal achievement). The phenomenon has its origin in the exposure to excessive loads of stress and affects, more often, the professionals who assist and deal, from day to day, with “the other”.*

*The aim of this research was to study the prevailing differences, concerning the burnout index, between nurses from the emergency services in the northern region of Portugal, who have already worked in prehospital emergency contexts for a few years (group one) and the new nurses of the urgency service (group two). In order to do so, it was necessary to investigate the occurrence of the abovementioned three dimensions of burnout syndrome in each of those groups as well as its relation to variable factors like gender, civil state and seniority.*

*From a methodological point of view, such a study bears a merely quantitative, exploratory, descriptive and is strictly restricted to quantitative aspects.*

*The target population was selected in a sample comprising 37 nurses currently working in the urgency service in the North of the country. The sample is mostly composed by female nurses, with ages between 24 and 59 years.*

*The results reveal that the subjects had high punctuation in emotional exhaustion, medium in depersonalization and personnel realization and that seniority, gender and civil state don't interfere significantly in the burnout syndrome.*

*Key-words: burnout, nurses, emergency services.*

## **Agradecimentos**

Gostaria de deixar, aqui, o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram ao meu lado, me ouviram, me apoiaram e estimularam a percorrer esta caminhada que marcou o meu desenvolvimento pessoal e profissional e me ajudaram a chegar até ao fim.

À Professora Doutora Salomé pela disponibilidade e orientação ao longo do todo o percurso.

Ao Enfermeiro Cipriano (Chefe do Serviço de Urgência) e ao Dr. Rui Escalera (Diretor do Serviço de Urgência) que demonstraram interesse e sensibilidade por esta problemática, autorizaram formalmente o estudo e “abriram as portas” do Serviço para realizar o trabalho de campo.

A todos os colegas e Enfermeiros do Serviço de Urgência deixo uma palavra de reconhecimento pela aceitação do meu projeto de intervenção e colaboração atenciosa no mesmo, através da resposta aos questionários apresentados, apesar de diariamente serem “bombardeados” com este tipo de solicitações.

E um agradecimento muito especial à minha esposa, responsável por me fazer despertar o interesse por esta área de estudo, pela paciência, compreensão e incentivo nos momentos de desmotivação, incentivo e força para continuar.

A todos, um sincero agradecimento, que vai para além das palavras... Muito Obrigada!





## **Dedicatória**

À minha esposa, em especial...

E a todos aqueles que são realmente especiais na minha vida  
me ajudam a manter o meu envolvimento e empenho elevados  
e o *burnout* baixo.



## **Pensamento**

*"...in order to burn out, one has first to be —on fire..."*

*(Pines, 1993)*

*"... para ser consumido pelo fogo é preciso estar a arder.."*



## SUMÁRIO

<b>Resumo .....</b>	<b>iii</b>
<b><i>Abstract</i>.....</b>	<b>iv</b>
<b>Agradecimentos .....</b>	<b>v</b>
<b>Dedicatória .....</b>	<b>vii</b>
<b>Pensamento .....</b>	<b>ix</b>
<b>Sumário .....</b>	<b>xi</b>
<b>Índice de Gráficos.....</b>	<b>xiii</b>
<b>Índice de Tabelas .....</b>	<b>xiv</b>
<b>Siglas, acrónimos e abreviaturas .....</b>	<b>xvi</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo I. Desenvolvimento .....</b>	<b>21</b>
1.1.Evolução histórica do conceito do <i>burnout</i> .....	23
1.2. Delimitação do conceito de <i>burnout</i> .....	29
1.3. Sintomatologia do <i>burnout</i> .....	32
1.4. Fatores de risco ou facilitadores do <i>burnout</i> .....	33
1.5.Consequências e impacto do <i>burnout</i> .....	37
1.6. Estratégias de intervenção e de prevenção. ....	39
1.7. O <i>burnout</i> nos enfermeiros .....	43
<b>Capítulo II. Enquadramento Metodológico .....</b>	<b>49</b>
<b>2.1. Tipo de estudo e opções metodológicas .....</b>	<b>51</b>
<b>2.2. Objetivos do estudo .....</b>	<b>51</b>
<b>2.3. Hipóteses de investigação .....</b>	<b>52</b>
<b>2.4. Variáveis de estudo .....</b>	<b>52</b>
2.4.1. Variável dependente .....	53
2.4.2. Variável independente .....	53

2.5. População e amostra .....	54
2.6. Instrumentos de colheita de dados .....	57
2.6.1. Questionário sociodemográfico .....	57
2.6.2. <i>Maslach Burnout Inventory</i> .....	57
2.7. Procedimentos de recolha de dados .....	60
<b>Capítulo III. Apresenta e discussão dos resultados .....</b>	<b>61</b>
3.1 Resultados .....	63
3.2. Discussão .....	75
<b>Conclusões .....</b>	<b>83</b>
<b>Bibliografia e referências bibliográficas .....</b>	<b>87</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>97</b>
<b>Anexos I - <i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i> .....</b>	<b>101</b>
<b>Apêndice .....</b>	<b>105</b>
<b>Apêndice I - Declaração de consentimento .....</b>	<b>107</b>
<b>Apêndice II - Folha de rosto .....</b>	<b>117</b>
<b>Apêndice III - Questionário Sociodemográfico .....</b>	<b>121</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico nº1</b> - Distribuição da população por género .....	55
<b>Gráfico nº2</b> - Distribuição da população por idades.....	55
<b>Gráfico nº3</b> - Distribuição da população quanto ao estado civil .....	56
<b>Gráfico nº 4</b> - Distribuição da população quanto ao número de anos que trabalha no Serviço de Urgência.....	56
<b>Gráfico nº 5</b> - Resultados obtidos nas dimensões do questionário MBI (em percentagem) .....	64
<b>Gráfico nº 6</b> - Indicadores da Exaustão emocional .....	65
<b>Gráfico nº 7</b> - Indicadores da Despersonalização .....	66
<b>Gráfico nº 8</b> - Indicadores da Realização Pessoal .....	67

## INDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Consistência interna [média e desvio padrão do <i>M.B.I</i> (Maslach e Jackson, 1986)]. .....	57
<b>Tabela 2</b> – Classificação de Maslach e Jackson (1986) do valor de “ <i>burnout</i> ” nas suas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal). .....	58
<b>Tabela 3</b> – Coeficientes de fidelidade ( <i>alpha de Cronbach</i> ) do MBI.....	59
<b>Tabela 4</b> – Cálculo do <i>Alfa Cronbach</i> no MBI total e nas suas 3 dimensões.....	60
<b>Tabela 5</b> – Teste de <i>Shapiro-Wilk (S-W)</i> para as três dimensões do <i>burnout</i> .....	63
<b>Tabela 6</b> - Resultados do índice de <i>burnout</i> MBI_total.....	67
<b>Tabela 7</b> - Resultados da média para as três dimensões de análise. ....	68
<b>Tabela 8</b> - Resultados da dimensão EE em função da antiguidade no serviço.....	68
<b>Tabela 9</b> – Resultado das médias da dimensão exaustão emocional do <i>burnout</i> em função da antiguidade/tempo no serviço. ....	69
<b>Tabela 10</b> - Resultados das dimensões despersonalização e realização pessoal em função da antiguidade no serviço (SU). ....	69
<b>Tabela 11</b> – Resultado das médias da dimensão despersonalização e da realização pessoal em função da antiguidade/tempo no serviço (SU).....	70
<b>Tabela 12</b> –Teste S-W para a dimensão despersonalização, em função do género.....	70
<b>Tabela 13</b> - Resultados da dimensão despersonalização em função do género.....	71
<b>Tabela 14</b> – Resultado das médias da dimensão despersonalização em função do género. ....	71
<b>Tabela 15</b> – Teste S-W para a dimensão do índice de <i>burnout</i> (MIB_total), em função do estado civil.....	71
<b>Tabela 16</b> – Teste de Levene para o índice de <i>burnout</i> em função do estado civil.....	72
<b>Tabela 17</b> - Resultados do índice de <i>burnout</i> em função do estado civil .....	72
<b>Tabela 18</b> – Resultado das médias do índice de <i>burnout</i> em função do estado civil .....	72



<b>Tabela 19</b> – Teste S-W para a dimensão despersonalização, em função do estado civil .....	73
<b>Tabela 20</b> – Teste de Levene para a dimensão despersonalização em função do estado civil .....	73
<b>Tabela 21</b> - Resultados da dimensão despersonalização em função do estado civil .....	73
<b>Tabela 22</b> – Resultados das médias da despersonalização em função do estado civil ...	73
<b>Tabela 23</b> – Teste de S-W para a dimensão realização pessoal em função do estado civil .....	74
<b>Tabela 24</b> – Teste de Levene para a dimensão realização pessoal em função do estado civil .....	74
<b>Tabela 25</b> - Resultados da dimensão realização pessoal em função do estado civil .....	74
<b>Tabela 26</b> – Resultado das médias da realização pessoal em função do estado civil .....	75

## **LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS**

Citado – Cit.

Exaustão emocional - EE

Despersonalização - DP

Erro padrão da média - EPM

Maslach Burnout Inventory - MBI

Maslach Burnout Inventory Human Services Survey - MBI- HSS

Maslach Burnout Inventory Educator's Survey - MBI-ES

Maslach Burnout Inventory General Survey - MBI-GS

Número sujeitos da amostra – N

Número – N.º

Página – p.

Páginas – pp.

Realização pessoal - RP

Serviço de Urgência - SU

Shapiro Wilk - (S-W)

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

Volume – V.

## Introdução

Segundo Murcho e colaboradores (2010), o trabalho não é só uma atividade inerente ao indivíduo, mas também, uma necessidade e ação indispensável para o seu desenvolvimento pessoal e coletivo.

Ao longo do tempo, com o progressivo desenvolvimento médico e consequente aumento da exigência profissional, os profissionais, no decorrer da sua atividade, estão expostos a contextos laborais mais exigentes e frequentemente sujeitos a fatores stressores (Carvalho & Sá, 2011). Estudos referem que os enfermeiros representam um grupo profissional que geralmente enfrenta um vasto conjunto de problemas e limitações associados a elevados níveis de pressão e stress, inserindo-se nas ocupações consideradas de "alto risco" (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000; Fillion, Tremblay, Truchon, Côte, Struthers & Dupuis, 2007).

Segundo a literatura existente, os fatores de risco mais comumente identificados nos enfermeiros são a exposição a situações que implicam maior exaustão emocional, designadamente o contacto com o sofrimento, a dor, a morte e a preocupação com os doentes, o excesso de trabalho, a ambiguidade das funções e os conflitos ao nível das relações interpessoais (Chan, Lai, Ko e Boey, 2000; Escot, Artero, Gandubert e Boulanger, 2000).

Ainda neste âmbito, a exposição a fatores de stress no trabalho pode conduzir a estados de exaustão e danos a nível pessoal, a nível profissional, a nível familiar, a nível social e a nível económico, quer no domínio dos próprios profissionais, quer no domínio das instituições de saúde, propiciando o surgimento de casos de abuso de substâncias, de elevado absentismo laboral acompanhados de um aumento da rotatividade de pessoal e da diminuição dos níveis de produtividade (Carvalho & Sá, 2011). Deste modo, o *stress* nos profissionais da saúde que trabalham continuamente com pessoas seriamente doentes pode ser emocionalmente desgastante e tornar-se um risco de *burnout* (Maslach & Jackson, 1981).

Segundo os estudos de Bekker [et. al.] (2005), a pertinência deste referido estudo prende-se com o facto do *burnout*: 1) ser o diagnóstico mais prevalente em profissionais de saúde devido a razões psicológicas, assumindo contornos mais graves quando atinge outros colaboradores quer direta, quer indiretamente; 2) das suas componentes (exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal) apresentarem elevada

estabilidade, assumindo uma natureza crónica (Taris [et. al.] 2005) e 3) das características do trabalho, como por exemplo a sobrecarga laboral estarem mais fortemente relacionadas com os níveis de *burnout* vivenciados pelos profissionais do que com os fatores de personalidade, respetivamente o neuroticismo, ou os fatores demográficos como por exemplo, a idade (Lee e Ashforth, 1996; Schaufeli e Enzmann, 1998).

Este estudo de investigação realizado no âmbito da dissertação do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica teve como principal intuito conhecer os traços específicos do síndrome de *burnout* nos enfermeiros de um serviço de urgência da zona norte, respondendo às seguintes questões de investigação: Quais as diferenças nos níveis de *burnout* experienciados pelos enfermeiros no serviço de urgência? E qual a influência da antiguidade no serviço, do género e do estado civil no índice de *burnout* e nas suas respetivas dimensões?

Tal como foi referenciado anteriormente, pelo carácter do seu trabalho, estes profissionais estão constantemente em contacto com situações de crise e/ou potencialmente traumáticas. Este estudo, em particular, procurou descobrir os contornos deste fenómeno no contexto do SU, e adiantar alguns possíveis contributos para o enfrentar, seja prevenindo a sua ocorrência ou incidência sobre os profissionais, seja minorando os impactos que produz entre aqueles e, conseqüentemente, nas mais amplas esferas sociais que os mesmos integram, desde as respetivas famílias, às comunidades locais e nacionais.

Face à escassez de estudos dedicados ao problema, tal como ele se manifesta entre os Enfermeiros do Serviço de Urgência, considerou-se pertinente contribuir para o preenchimento de tal lacuna, razão pela qual se optou por circunscrever a presente investigação ao efeito do *burnout* entre estes últimos profissionais. Com efeito, partiu-se do princípio de que o fenómeno assumiu, aqui, características específicas, porquanto aqueles se vêm forçados, no exercício das suas funções, a manter uma relação direta e constante com pessoas em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, que reclamam uma complexa multiplicidade de cuidados.

Com efeito, neste contexto, faz parte do seu exercício profissional não só a prestação de cuidados, como um diversificado contacto interpessoal com o doente e os seus

conviventes significativos, sempre no respeito pelos interesses e/ou necessidades dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O presente trabalho tem uma estrutura dividida em 3 partes essenciais. A primeira consiste na revisão teórica sobre o *burnout*, designadamente a evolução histórica, a delimitação do conceito, a sintomatologia que lhe está associada, os fatores de risco, as consequências e impacto, as estratégias de intervenção e de prevenção e, mais especificamente, a sua incidência nos enfermeiros.

A segunda diz respeito à metodologia utilizada para este estudo, estando subdividida em sete momentos: o primeiro pretende apresentar o tipo de estudo e opções metodológicas; o segundo apresenta os objetivos do estudo; o terceiro enumera as hipóteses de investigação; o quarto identifica as variáveis do estudo; o quinto caracteriza a população e a amostra; o sexto explica os instrumentos de colheita de dados utilizados no estudo, nomeadamente: o questionário sócio-demográfico e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e sétimo momento refere os procedimentos levados a cabo nesta investigação.

Segue-se a terceira parte com a apresentação dos resultados e a sua discussão e, por último, as conclusões gerais do estudo.



---

---

## **Capitulo I - Desenvolvimento**





### 1.1. Evolução histórica do conceito de *burnout*

Colman, (2006, p.108) no dicionário Oxford de Psicologia, define o *burnout* como:

“Uma desordem ou reação aguda de stress caracterizada pela exaustão, em virtude do excesso de trabalho, acompanhada de ansiedade, fadiga, insónia, depressão e deterioração da performance no trabalho”.

Tomando como referencial a sua raiz etimológica, percebe-se que este conceito remete para a noção de sentir-se queimado (*burn*) pelo trabalho (Gil-Monte, 2003, p. 19), desgastado por fora (*out*), fatigado, esgotado emocionalmente e fisicamente exausto, devido ao desequilíbrio precário criado entre a energia, as forças e os recursos que o indivíduo possui e aqueles que lhe são exigidos no desempenho das suas funções e papéis/atribuições.

Tem-se verificado um crescente número de estudos sobre esta temática, não só pelo facto das instituições, das empresas e dos serviços estarem preocupados com a qualidade de vida laboral – bem-estar, saúde laboral, saúde física e mental – propiciada aos trabalhadores como, também, pela necessidade de estudar os processos de stress profissional, devido à sua influência nas atividades organizacionais (casos de absentismo, de decréscimo da produtividade, de qualidade, de eficácia, de rapidez e de sucesso).

O síndrome do *burnout* e do desgaste profissional, resultante da discrepância entre a perceção individual de esforço e o envolvimento, a longo prazo, em situações emocionalmente exigentes, tem uma história relativamente recente (Farber, 1999).

Os mais antigos escritos referentes ao “*burn out*” enquanto estado de exaustão, remontam ao séc. XVI, ano de 1599, quando Shakespeare escreveu *The Passionate Pilgram*.

Já no século XX, Thomas Mann publicou os *Buddenbrooks* (1922), onde narra a história de uma família protestante de comerciantes do Norte da Alemanha e o posterior declínio da dinastia de comerciantes, em virtude da obsessão, incapacidade e desventura. Neste romance, uma das personagens principais – o pai – apresenta alguns sintomas tipicamente associados ao *burnout* como a fadiga extrema, o desgaste emocional e a perda de expectativas e de objetivos de vida e profissionais (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

Bradley, no ano de 1960 fez a primeira referência a este conceito, quando publicou o romance de Graham Greene intitulado *A Burn-Out Case* (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993). Aqui, conta-se a triste história do famoso arquiteto Querry, cujo carácter, atormentado e marcado pela desesperança, desilusão e cinismo, conduziu ao abandono da sua profissão. Os sintomas manifestados por esta personagem encaixam, perfeitamente, com as descrições correntes do *burnout*.

Embora tenha sido referido por Bradley, em 1969, no seu artigo sobre funcionários responsáveis por um programa comunitário de tratamento para jovens delinquentes, foi em 1974, com o psiquiatra Herbert Freudenberger, no seu artigo "*Staff burn-out*" que o conceito se popularizou (Schaufeli e Buunk, 2003).

Neste artigo, descrevia detalhadamente uma manifestação radical de stress, emocional e interpessoal no desempenho dos voluntários de uma clínica de recuperação de toxicodependentes, com os quais trabalhava, dado que os mesmos experienciavam um processo gradual de desgaste de humor e desmotivação, conceituando-o como um "estado de fadiga ou frustração causado pela devoção a uma causa, a um modo de vida ou a um relacionamento que falhou na produção da recompensa esperada" (Freudenberger, 1974). Freudenberger propôs a primeira perspetiva de abordagem do *burnout* – **perspetiva clínica** caracterizando-o por uma sensação ou estado de fracasso e desgaste causado pelo dispêndio excessivo de energia, recursos pessoais ou forças exigidas ao indivíduo e manifestava-se através de uma crise de identidade que colocava em questão todas as características da pessoa no plano físico, psíquico e relacional. Dito de outro modo, era como que “um incêndio interno resultante da tensão produzida pela vida moderna, afetando negativamente a relação subjetiva com o trabalho” (Freudenberger, 1974).

No ano de 1976, Christina Maslach, investigadora na área da Psicologia Social, no seu estudo sobre o estímulo emocional provocado pelo trabalho, mais especificamente, as estratégias cognitivas desenvolvidas pelos indivíduos (afastamento e a desumanização), verificou que existiam relações entre as emoções e os comportamentos dos indivíduos no trabalho, nomeadamente nas profissões que obrigavam a uma relação mais prolongada com as pessoas, isto é, nas profissões de ajuda.

Schaufeli e Enzmann (1980) (Carvalho, 2005) afirmavam que a limitação destes modelos estava consignada a uma abordagem clínica do síndrome, centrada nas

variáveis e nos fatores pessoais subjacentes. Muitas destas propostas de estudo não tinham, pois, preocupações empíricas. Embora a perspectiva clínica persista até aos dias de hoje, foi perdendo muita da sua prestação e importância iniciais, com o surgimento de estudos com maior ênfase empírica e mais sistematizados.

Em 1980, Cherniss (Schaufeli, Maslach, & Marek 1993, p.3), no seu modelo transacional, propôs uma primeira definição incisiva sobre o processo de *burnout*, descrevendo-o como “o processo no qual as atitudes e comportamentos dos profissionais mudam, negativamente, em resposta à tensão no trabalho.” Juntamente com esta explicou que o *burnout* se manifesta ao longo de três estádios distintos.

O primeiro em que as necessidades de trabalho são superiores aos recursos materiais e humanos (desequilíbrio característico do *burnout*) e o indivíduo percecionava a sobrecarga de trabalho, surgindo o stress laboral (*stress*). O segundo corresponde ao momento em que, ao perceber o desequilíbrio criado, o sujeito produzia uma resposta emocional (tensão emocional, fadiga e exaustão imediatas) e esforçava-se por se adaptar (*strain*). O terceiro caracterizava-se por um conjunto de mudanças atitudinais e comportamentais no sujeito, num sentido adaptativo, com o intuito deste se proteger das tensões que enfrentava.

Cherniss conclui que as excessivas exigências no trabalho eram vistas como a principal causa do *burnout* e mantidas por estratégias de *coping* defensivas, de evitamento e de retrocesso (Schaufeli, Maslach, & Marek., 1993).

Ainda no ano de 1980, Edelwich e Brodsky (Carvalho, 2005, p. 95) descreveram o *burnout* como uma:

“Perda gradual de idealismo, de energia, de vontade e objetivos, por parte dos trabalhadores que, devido às suas condições de trabalho, necessitam de manter um contacto profissional próximo com os outros”.

De acordo com os mesmos autores, este processo é progressivo e composto por quatro etapas distintas: i) idealismo e entusiasmo (expectativas ilusórias do que se pode atingir), ii) estagnação (paralisação face à constatação da ilusão gerada pelas expectativas iniciais, com perda de idealismo e entusiasmo), iii) frustração (marcada por um forte sentimento de impotência, culpa e desânimo) e iv) apatia (indiferença e desinteresse que criam um sentimento de vazio que pode manifestar-se em letargia ou afastamento/isolamento emocional).

Segundo Etzion (1987., in Shaufeli, & Buunk, 2003, p.16) o *burnout*:

“É um processo que tem início sem avisos prévios e se desenvolve de forma gradual e quase impercetível até ao momento em que, imprevisivelmente, o indivíduo se sente exausto e incapaz de descrever a experiência como um episódio específico de stress”.

Pines e Aronson (1988., in Shaufeli, Maslach, & Marek ., 1993, p.14) consideraram que o *burnout* se aplicava a todas as profissões e definiram-no como um:

“Estado de exaustão emocional, mental e física causada pelo envolvimento em situações emocionalmente exigentes, associadas a um compromisso intenso face aos demais, durante um período de tempo prolongado (...) acompanhado por sentimentos de impotência, inutilidade e baixa autoestima, juntamente com sentimento de desamparo, frustração, desespero e autoconceito negativo, no plano pessoal e profissional”.

Quando se tratava de pessoas motivadas, estas tentavam satisfazer na profissão, os seus objetivos e realização pessoais e não o conseguiam. Consequentemente, desenrolava-se um processo de desilusão e uma atitude contraproducente, representando o ponto de rutura onde o sujeito já não tinha capacidades para enfrentar o ambiente envolvente. O modelo de Pines propiciou a criação da segunda escala mais utilizada para avaliar o síndrome do *burnout* – *Burnout Measure (BM)*.

De uma forma sintética, e partindo da definição de Schaufeli e Enzmann (1988., in Shaufeli & Buunk, 2003, p. 388):

“ (...) *burnout* é um estado emocional e psicologicamente negativo e persistente, relacionado com o trabalho, primeiramente caracterizado por exaustão e acompanhado de sofrimento, ansiedade, sentimento de reduzida eficácia, diminuição da motivação e desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais no trabalho”.

Numa outra perspetiva – **perspetiva psicossocial** – seguindo as ideias de Maslach e Jackson (1986., in Shaufeli, Maslach, & Marek, 1993, p. 14) introduziram a definição mais citada e frequentemente utilizada do *burnout* como:

“ (...) síndrome da exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, auto compromisso e autoestima em indivíduos, cujas profissões são orientadas para o ser humano”.

Segundo estes autores, o *burnout* conduz à “perda de motivação, progredindo para sentimentos de inadequação e de fracasso”, a um “índice de deslocação entre aquilo que

as pessoas são e aquilo que têm de fazer e a um estado de exaustão, de erosão dos valores, da dignidade, da vontade/motivação e da alma” (Leiter & Maslach, 1997, p.17).

Ainda de acordo com Maslach o *burnout* é constituído por uma estrutura tridimensional: a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal que são avaliadas no *MBI – Maslach Burnout Inventory*. Cada dimensão representa um construto diferente. A exaustão emocional (EE) - componente nuclear da resposta de stress - refere-se ao sentimento de incapacidade de dar mais de si, devido ao desgaste de recursos físicos e emocionais, à falta de energia e de forças para enfrentar o dia de trabalho, ao sentimento de esgotamento emocional, de prostração, de ansiedade, de irritabilidade intensas e de fadiga/cansaço, causados por exigências interpessoais (Leiter & Maslach, 1997).

A despersonalização ou cinismo (DE) - componente atitudinal e relacional do *burnout* - descreve o desenvolvimento de atitudes, sentimentos e respostas negativas, cínicas, insensíveis, frias e de indiferença na relação com as pessoas/doentes/clientes e outros aspetos do trabalho (Maslach & Jackson, 1986., in Volpato, 2003).

A redução da realização pessoal (RP) e eficácia - componente auto avaliativa do *burnout* - remete para o declínio no sentimento de competência, de produtividade e de sucesso, no trabalho com os outros e à tendência para avaliar negativamente o seu próprio comportamento e performance. O sujeito demonstra incapacidade para suportar a pressão, juntamente com sentimentos de baixa autoestima, baixa eficácia e vivências de fracasso (Maslach & Jackson, 1986., in Gil-Monte, Valcárel, & Zornoza, 1995). Estes sentimentos podem ser agravados pela falta de apoio familiar, de *feedback* positivo dos colegas/supervisores e de perspectivas de desenvolvimento profissional.

Na **perspetiva psicossocial** é necessário considerar este síndrome como um processo cujos sintomas se desenvolvem de forma sequencial. Contudo, nem sempre há certezas quanto à sequência da sintomatologia no processo, ao protagonismo concedido a cada um dos sintomas globais e à explicação dos mecanismos e das estratégias de prevenção utilizadas pelo sujeito para gerir e lidar com este fenómeno.

Devido a esta discrepância ideológica surgiram novos modelos – **perspetivas teóricas e processuais** – que pretendiam explicitar a evolução do *burnout*. Esses modelos agruparam uma série de variáveis, consideradas como antecedentes e consequentes do síndrome e discutiram, através de que processo o indivíduo chega a sentir-se com *burnout*. Estes modelos podem ser estruturados em três grupos: i) os modelos

desenvolvidos com base na teoria sócio-cognitiva do eu, ii) a teoria do intercâmbio social e iii) a teoria organizacional.

Os modelos baseados na **teoria sócio-cognitiva do eu** defendiam que as cognições dos indivíduos influenciavam a sua atuação e eram modificadas, pelos efeitos das suas ações e pela acumulação das consequências observadas nos outros. O grau de comparação dum indivíduo nas suas próprias capacidades, determinava o empenho para conseguir alcançar os seus objetivos e a facilidade ou dificuldade em alcançá-los e, igualmente, determinava reações emocionais como o stress e a depressão, que acompanham a ação (Carvalho, 2005).

Em contrapartida, os modelos desenvolvidos com base na teoria do **intercâmbio social** consideram que o *burnout* tem a sua etiologia na perceção de falta de equidade ou falta de vontade que os sujeitos desenvolvem, como resultado do processo de comparação social, aquando do estabelecimento de relações interpessoais. Os profissionais que prestam cuidados ou serviços de ajuda estabelecem relações de intercâmbio (gratidão, apreço, consideração, entre outras) com os recetores do seu trabalho, com os seus colegas ou os seus supervisores sendo que, nestas relações, as expectativas de equidade sobre esses intercâmbios têm um papel essencial. Se, de uma forma continuada, os sujeitos percebem que dão mais do que aquilo que recebem em troca da sua implicação pessoal e do seu esforço, sem serem capazes de resolver adequada e eficazmente essa situação, desenvolvem *burnout* (Carvalho, 2005).

Por último, de acordo com os modelos baseados na **teoria organizacional**, os antecedentes deste síndrome são a falta de saúde organizacional, a estrutura, a cultura e o clima organizacional, sendo por eles enfatizados os fatores de stress, no contexto da organização (Carvalho, 2005).

Ainda nesta linha, e de acordo com Schaufeli e Buunk (2003), podem apontar-se três tipos de abordagens para estudar o síndrome do *burnout*: a **abordagem individualista** – um pouco especulativa pois não é suportada por nenhuma evidência empírica robusta – enfatiza a relação discrepante entre as expectativas e a realidade e, segundo esta, os motivos conscientes e/ou inconscientes (objetivos valorizados, expectativas e aspirações) são uma condição necessária para o surgimento do *burnout*. E assume que estas características psicológicas não correspondem às expectativas e experiências no trabalho, daí o desequilíbrio entre as intenções e a realidade. Como resultado desta

adaptação insuficiente, surge o stress no trabalho que conduz ao *burnout*, quando as estratégias de *coping* se tornam inadequadas (Schaufeli & Buunk, 2003).

Por seu turno, as **abordagens interpessoais** sublinham a importância das exigências emocionais, nas relações com os – *recipients* –, e das dinâmicas do relacionamento social no trabalho, respetivamente. As exigências provenientes do relacionamento interpessoal dos prestadores de cuidados – *caregivers* – e seus recetores – *recipients* – são a principal causa de *burnout* (Schaufeli & Buunk, 2003).

As **abordagens organizacionais** interpretam-no como um comportamento organizacional indesejável que afeta, não só o indivíduo mas, também, a organização. Segundo estas, as exigências quantitativas e qualitativas do trabalho, a falta de autonomia, de controlo, de recompensas, os objetivos e/ou valores institucionais incongruentes e a falta de suporte comunitário/social são correlatos do *burnout* (Schaufeli & Buunk, 2003).

## 1.2. Delimitação do conceito de burnout.

Apesar de ser um termo bastante estudado por diferentes investigadores e aplicável a um vasto leque de contextos, não existe uma definição consensual e universalmente aceite para este conceito. A sua popularização é uma desvantagem visto que abundam e difundem-se noções que dificultam a sua conceptualização, operacionalização e medição. Contudo, a maior parte dos estudiosos considera que o *burnout* pode ser conceptualizado como uma resposta ao stress profissional ou uma experiência subjetiva que inclui atitudes e sentimentos nocivos para a pessoa e para a organização ou para a instituição, na qual a pessoa desempenha as suas funções.

Assim como o conceito, também os termos utilizados para o designar são extremamente ambíguos: tédio, stress, insatisfação no trabalho, alienação, ansiedade, reduzida motivação, baixa autoestima, tensão, esgotamento, fadiga crónica, saúde mental pobre, crises pessoais, melancolia profissional e exaustão vital (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993). Neste sentido, e vendo o *burnout* como resultado de uma falha na procura existencial de significado para a vida, é extremamente importante distingui-lo de outros conceitos, nomeadamente: stress, depressão e fadiga.

Relativamente ao stress, Selye (1982., in Cordon, 1997, p. 2) define-o como:

“uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência de adaptação que lhe seja feita (quer essa exigência cause dor ou prazer) ”.

Esta definição baseia-se em indicadores objetivos, como mudanças químicas e corporais que aparecem após algum tipo de exigência. Lazarus, por sua vez, define o *stress* como sendo um estado de ansiedade resultante do desequilíbrio produzido entre os eventos, responsabilidades exigidas e as estratégias de *coping* e de resolução de problemas, presentes no indivíduo (Lazarus & Lazarus, 2006) e distinguiu três tipos básicos de stress: sistémico, psicológico e social (Monat & Lazarus, 1985., in Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993). O stress sistémico tem a ver com os distúrbios nos sistemas de tecidos, o *stress* psicológico, com os fatores cognitivos que conduzem à avaliação da ameaça e o *stress* social, com a disrupção do sistema ou unidade social.

O stress assume a designação de “*much*”, visto remeter para a noção de pressão, de excessivas exigências físicas e psicológicas e visto envolver esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo e, não tanto, na relação destes com o seu trabalho, os seus colegas, etc.

Enquanto qualquer pessoa experiencia stress, o *burnout* só pode ser vivido pelas pessoas que entraram para o seu trabalho com expectativas, metas e/ou objetivos e motivação elevadas, ou seja, pessoas que esperam tirar do seu trabalho algum tipo de significado para a sua vida. Aquelas que não apresentam motivação inicial, podem sentir stress no trabalho, mas não *burnout*. Contrariamente ao stress, que pode ocorrer nas mais diversas situações (guerra, desastres naturais, doença, desemprego, etc.), o *burnout* ocorre no contexto do trabalho, como consequência das exigências emocionais resultantes da respetiva relação e do desequilíbrio entre as obrigações exigidas e os recursos adaptativos da pessoa, propiciando o surgimento de atitudes negativas para com os colegas de trabalho, pessoas próximas, entre outras. Utiliza-se a designação “*not enough*” para explicar este síndrome porque a pessoa se consciencializa que, por mais investimentos que faça no seu trabalho, serão infrutíferos, não correspondendo às expectativas exigidas e instalando-se, então, o desequilíbrio anteriormente referido (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

Ainda neste seguimento e segundo Cordes e Doherty (1993) o *burnout* é visto como um padrão de resposta afetiva crónica a condições de trabalho indutoras de muito stress,



onde existem elevados níveis de contacto interpessoal. Assim o *burnout* é distinto do stress porque foi definido e estudado como um padrão de resposta para fontes de stress no trabalho. Nos modelos conhecidos de stress só o constructo da despersonalização é novo, visto que a exaustão emocional era trabalhada como uma variável de stress e a realização pessoal era estudada em trabalhos de auto-eficácia.

A depressão, por sua vez, distingue-se do *burnout*, pois, de acordo com a DSM-IV-TR tem como características principais uma perturbação de humor – humor disfórico e depressivo – e a perda de prazer ou interesse, em todas, ou quase todas as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias. O humor disfórico é descrito como desesperante, depressivo irritável, triste/melancólico, sem esperança causando, por isso, abatimento e desânimo (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

O sentimento de culpa inerente, em muitos dos casos, à depressão, tende a generalizar-se para outras esferas da vida. Porém, ainda que se tenham verificado avanços na psicoterapia da depressão, a farmacoterapia continua a ser o tratamento mais eficaz (Beck & Young, 1985). Durante o tratamento, a *psique* do indivíduo e as experiências/recordações de vida infantis são vistas como a origem de sintomas e o focus da terapia.

No caso do *burnout*, o tratamento reside na procura de causas, de curas e de stressores, no local de trabalho e em conhecer quais as necessidades das pessoas sentirem que precisam de encontrar, no trabalho, um sentido existencialista para a vida.

Por outro lado, contrariamente aos indivíduos depressivos, os que sofrem de *burnout* apresentam maior vitalidade, são capazes de obter prazer quando realizam determinado tipo de tarefas, raramente manifestam perda de peso, atraso psicomotor ou ideação suicida, atribuem a sua indecisão à inatividade e fadiga (e não à própria doença) e podem ter insónias iniciais ao invés das terminais, típicas da sintomatologia depressiva. Contudo, pensa-se que este síndrome possa constituir o início de um transtorno depressivo (Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

Quanto à fadiga pode dizer-se que o seu processo de recuperação é mais rápido que o do *burnout*. As pessoas que estão “*burned out*” sentem-se fisicamente exaustas e descrevem esta sensação como algo, claramente, distinto da experiência normal de fadiga física. O esforço físico e o exercício físico mais enérgico causam fadiga, mas esta é usualmente experienciada de forma positiva e acompanhada de sentimentos de

sucesso e auto-realização. Porém, o *burnout* caracteriza-se pelo seu carácter negativo, associado a sentimentos de fracasso e de desvalorização pessoal.

### 1.3. Sintomatologia do *burnout*.

De acordo com Benavides-Pereira (2003); Cherniss (1980); França (1987); Gil-Monte (2003); Maslash, Jackson e Leiter (1996,); Pines (1993); Volpato [et. al.] (2003), os sintomas do *burnout* dividem-se em quatro categorias ou níveis de manifestação:

- a) Os **sintomas psicossomáticos/físicos** cujas características principais são: sensação de fadiga constante e progressiva, cefaleias, dores musculares (no pescoço e no dorso), perturbações gastrointestinais, transtornos cardiovasculares, baixa resistência imunológica, perturbações do sistema respiratório, disfunções sexuais, transtornos cardiovasculares, alterações do sono e alterações menstruais, nas mulheres.
- b) Os sintomas **psíquicos/conjunturais**, nos quais se observa uma baixa tolerância à frustração, agressividade, impaciência, ceticismo, humor depressivo, falta de interesse, baixa autoestima, deterioração do relacionamento pessoal, desconfiança, diminuição da memória, falta de atenção e concentração, diminuição da capacidade decisional e ideias fantasiosas ou delírios de perseguição.
- c) Os sintomas **emocionais**, em que se verifica um decréscimo na capacidade ocupacional e de concentração, um afastamento/isolamento afetivo, falta de realização pessoal, pessimismo, falta de confiança nas competências profissionais, sentimentos de vazio, de impotência e consequente baixa autoestima, ansiedade e perda de entusiasmo e alegria.
- d) Os sintomas **comportamentais/defensivos**, tais como: tendência para o isolamento, a perda de interesse pelo trabalho ou lazer, a atenção seletiva, a hostilidade, inflexibilidade, perda de iniciativa, lentidão no desempenho das funções, a irritabilidade, o absentismo, o aumento do consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e até mesmo drogas e o incremento da agressividade. Neste tipo de etapa, o indivíduo utiliza a negação emocional como mecanismo de aceitação dos seus sentimentos, negando as emoções anteriormente descritas (ironia, insensibilidade, desprezo de sentimentos face a outras situações, irritabilidade e distanciamento afetivo).

Por seu turno, Schaufeli e Enzmann (1998) descrevem os sintomas de *burnout* segundo cinco níveis: 1) afetivo (atitudes depressivas e irritabilidade), 2) cognitivo (baixa

autoestima profissional, desumanização), 3) físico (fadiga e hipertensão), 4) comportamental (agressividade, isolamento e baixa produtividade) e 5) motivacional (desilusão e perda de entusiasmo e de interesse).

França (1987) realça que o início do *burnout* é traiçoeiro e instala-se de forma paulatina e silenciosa, verificando-se uma sensação de mal-estar indefinido (físico ou mental) sintomas, esses, que são atribuídos pela pessoa ao excesso de trabalho realizado, não prevendo que algo se está a desencadear.

Assim, e num primeiro momento, o *burnout* começa por ser insidioso. O quadro sintomatológico vai sendo, lenta e progressivamente identificado, sofre uma oscilação variável e as tarefas profissionais excedem os recursos materiais e humanos, criando uma situação de stress. Inicialmente surgem sinais de hiperatividade, excesso de trabalho, escassez de tempo e sentimentos de desilusão. Como resultado, os profissionais afetados tendem a reduzir o grau de compromisso e envolvimento, tornam-se insensíveis, começam a ambicionar cumprir mais objetivos do que os que na realidade são capazes, surgem conflitos e intrigas entre os colegas de trabalho, diminui a criatividade, a motivação e a capacidade cognitiva e surgem reações psicossomáticas.

Posto isto, num segundo momento, aparecem sinais de ansiedade e fadiga devido ao excesso de esforços e consequente desajuste entre recursos pessoais, materiais e exigências laborais. Então, o sujeito tenta ajustar-se e/ou adaptar-se e nega que algo de estranho se esteja a passar com ele.

Para concluir, num terceiro momento surge o confronto defensivo, bem como as primeiras mudanças atitudinais do sujeito, perante a situação de trabalho instável em que se encontra, o que conduz à despersonalização.

#### **1.4. Fatores de risco ou facilitadores de *burnout*.**

Maslach (1996) refere que quanto maior for o desfasamento entre o sujeito e o trabalho, mais elevado é o risco de desenvolver este síndrome. Para enumerar os diferentes fatores de risco para o desenvolvimento do *burnout*, torna-se necessário considerar a influência de variáveis de natureza diversa que incluem quatro dimensões: individual (características próprias do indivíduo que podem estar associadas a maiores ou menores índices de *burnout*), social (fatores sociais associados ao síndrome), organizacional

(fatores relacionados com a organização/instituição) e laboral (fatores relacionados com o trabalho desempenhado).

Relativamente aos **fatores de risco individuais**, identifica-se o padrão de personalidade com um locus de controle externo, o superenvolvimento (sujeitos empáticos, sensíveis, humanos, com dedicação profissional, altruístas, obsessivos, entusiastas), os indivíduos perfeccionistas ou com grande expectativa e idealismo em relação à profissão, indivíduos controladores, os indivíduos passivos, o género (os homens pontuam mais alto em despersonalização), o nível educacional (sujeitos com nível educacional mais elevado apresentam maiores índices de *burnout*) e o estado civil (maior risco em solteiros, viúvos ou divorciados) (Trigo, Teng, & Haller, 2007).

Em relação aos **fatores sociais**, verificam-se como características de risco a falta de suporte social e familiar, a manutenção do prestígio social em oposição à redução salarial, inerente a algumas profissões. Por sua vez, o sujeito procura mais do que um emprego para poder obter um melhor nível de vida e, por conseguinte resta-lhe pouco tempo para o descanso/lazer e para a atualização profissional. Torna-se, ainda, insatisfeito e inseguro relativamente às atividades desempenhadas e os valores culturais podem contribuir para um maior ou menor impacto dos agentes stressores no desencadear do *burnout* (Trigo, Teng, & Hallar, 2007).

Como **fatores organizacionais** destacam-se a burocracia (excesso de normas) que impede a autonomia, a participação criativa e a tomada de decisões, exigindo mais tempo e energia na sua realização; a falta de autonomia, por sua vez, impossibilita a liberdade de ação e a independência profissional; as normas institucionais rígidas dificultam a autonomia e o controlo das tarefas, por parte do trabalhador; as mudanças organizacionais frequentes (alterações frequentes de regras e normas) provocam insegurança e predispõe o funcionário a erros e a falta de confiança, respeito e consideração entre os membros de uma equipa, conduzem a um clima social prejudicial. A comunicação ineficiente provoca distorções e/ou dificuldades na disseminação da informação e impossibilita a ascensão na carreira e a melhoria da remuneração. Por seu turno, a falta de reconhecimento pelo trabalho desempenhado provoca desinteresse e desânimo nos trabalhadores e, por último, o ambiente físico (incluindo calor, frio e ruídos excessivos ou iluminação insuficiente, pouca higiene e alto risco tóxico e, até, de vida) gera sentimentos de ansiedade, de medo e de impotência. (Gil-Monte, Valcárcel & Zornoza, 1995; Maslach & Leiter, 2001; Peiró, 1997; Trigo, Teng, & Hallar, 2007).

Os **fatores de risco laborais** incluem a sobrecarga e a pressão no trabalho, provocada pelo excesso de volume de trabalho, pela incapacidade em desempenhar determinada função, ou por se encontrarem no trabalho errado e conducente à exaustão emocional e ao baixo nível de controlo ou decisão sobre as atividades ou acontecimentos no próprio trabalho e, por conseguinte, à insatisfação. As expectativas profissionais (indivíduos com discrepâncias entre as suas expectativas de desenvolvimento profissional e os aspetos reais do seu trabalho) e os sentimentos de injustiça e de iniquidade nas relações laborais podem resultar numa sobrecarga no trabalho.

Segundo Carlotto, 2003b; Gil-Monte, 2003; Maslach & Leiter, 2001 podem ainda apontar-se: o trabalho por turnos ou noturno, o suporte organizacional precário e um relacionamento conflituoso entre colegas, o tipo de ocupação (é maior relativamente aos cuidadores em geral), a relação próxima e intensa do trabalhador com as pessoas com as quais trabalha ou interage, o conflito (confronto entre as informações e as expectativas do trabalhador sobre o seu desempenho num determinado cargo ou a sua função na instituição) ou a ambiguidade de papéis (quando não existe informação suficiente sobre uma determinada tarefa e, principalmente, sobre a forma como esta deve ser executada/desempenhada).

Consideram-se, ainda, como fatores facilitadores de *burnout* os sociodemográficos e os confrontação.

Nos **fatores sociodemográficos** incluem-se o **género, a idade, o estado civil, a existência ou não de filhos, a antiguidade no cargo/posto/profissão**.

Quanto ao **género**, para Maslach e Jackson (1981) o masculino lida com a exaustão emocional através da despersonalização pontuando mais alto nesta dimensão enquanto no género feminino, devido à sexualização de papéis, tendem a apresentar comportamentos mais afetivos. Tais diferenças são condicionadas pelos processos de socialização para o género masculino e feminino e pelos perfis e requisitos das diferentes profissões (Garcia, 1991 in Batista, 2003).

Há autores que defendem a posição de que existem profissões tipicamente femininas e tipicamente masculinas sendo que, quando os sujeitos do género feminino ocupam papéis não tradicionais, tendem a apresentar níveis mais baixos de sintomatologia de tipo depressivo e *distress* psicológico, do que as que desempenham papéis tipicamente femininos.

Os **profissionais com mais idade** apresentam índices de *burnout* mais baixo geralmente atribuíveis ao facto de desenvolverem melhores estratégias e expectativas profissionais mais reais. De acordo com Flett e Biggs (1994), os indivíduos com mais idade usam mais planeamento ou *coping* centrado no problema (pensar em como lidar com uma fonte de stress e encontrar estratégias de ação), tendo menor probabilidade de sofrerem de *burnout*. Os indivíduos mais jovens têm expectativas mais elevadas acerca do seu desempenho profissional sendo mais propensos a questioná-lo e apresentam valores mais elevados de despersonalização e de exaustão emocional e valores mais baixos de realização pessoal. Bilge (2006), justifica que os indivíduos com menor experiência profissional ainda não tiveram tempo suficiente para formular estratégias de *coping* para lidar com o stress ocupacional e, por esse motivo, são mais vulneráveis ao aparecimento de *burnout*.

Em relação ao **estado civil**, a maioria dos autores concluíram que os casados experimentam menos *burnout*, embora o que parece mais influir é o apoio familiar recebido pelo cônjuge e a satisfação matrimonial (Gil-Monte e Peiró, 1997). Leiter (1997) também referiu que a vida familiar pode melhorar a performance dos sujeitos no trato com outros e com os seu próprios problemas. Maslash e Jackson (1981) afirmam que ser casado e ter filhos modera a experiência de exaustão emocional e despersonalização e valoriza sentimentos de realização pessoal. Ser solteiro ou divorciado, por seu turno, conduz a valores mais elevados de despersonalização e realização pessoal.

Quanto ao **número de filhos**, grande parte dos estudos revelou que os sujeitos com filhos tinham mais idade, eram mais maduros, apresentavam estilo de vida mais saudável e uma perspetiva laboral diferente. Em oposição, os indivíduos sem filhos usavam mais o trabalho como fonte de vida social comprometendo, sucessivamente, as relações com as pessoas no âmbito laboral e aumentando, consequentemente, o risco de *burnout*.

No que se refere à **antiguidade no cargo/serviço/posto** os resultados são similares aos da idade, em que os profissionais mais jovens e menos expeditos têm maior risco de desenvolver *burnout*. Contudo, as variáveis sociodemográficas, no total, apenas

explicam uma percentagem mínima de variância do síndrome de cerca de 5 a 15% (Gil-Monte e Peiró, 1997).

Os **fatores de confrontação** empregues pelos profissionais também apresentaram efeitos moderados de *burnout*. Os sujeitos que empregaram estratégias de carácter ativo ou centradas no problema refletem menos *burnout* que os indivíduos que utilizam estratégias de escape centradas na emoção (Leiter, 1993).

Podem então, de uma forma sumária, enumerar-se como fontes de *burnout*, segundo Maslach, Schaufeli, & Leiter (2001): a) a sobrecarga no trabalho; b) a falta de controlo, quando os indivíduos não são envolvidos ao nível das decisões inerentes à prática profissional, o que indica que não têm autonomia para resolver problemas ou para fazer escolhas que permitam alcançar resultados pelos quais serão responsabilizados mais tarde; c) a remuneração insuficiente; d) a injustiça, quando há desigualdade na carga de trabalho ou de vencimentos; e) a falta de apoio da comunidade; f) o conflito de valores, quando o indivíduo tem de realizar algo que não se enquadra nos seus princípios éticos ou se as suas aspirações não acompanham os valores da organização; g) os fatores de stress relacionados com o trabalho por turnos, com as relações interpessoais e as perspectivas de carreira (ambiguidade e conflitos de turno, relações com as chefias, companheiros e subordinados, falta de coesão grupal, promoção profissional, entre outros) e h) os fatores de *stress* relacionados com as novas tecnologias (mudança nas competências requeridas, no ritmo de trabalho, no grau de participação e autonomia, na supervisão, etc.

### **1.5. Consequências e impacto do *burnout*.**

A partir do momento em que surgiram os primeiros estudos de Freudenberg sobre este fenómeno, tomou-se conhecimento que certos profissionais apresentavam sinais de fadiga, cansaço, cefaleias, perda de atenção e concentração, alterações gastrointestinais e cardiovasculares, dificuldades respiratórias, etc. Logo, agruparam-se as consequências deste síndrome em dois níveis: ao nível do próprio indivíduo e ao nível da organização/instituição (World Health Organization, 1999).

Quanto às **consequências para o indivíduo** pode falar-se nos **índices emocionais**, em que se verifica o uso de mecanismos de isolamento e afastamento emocionais, desmotivação, rigidez, baixa criatividade, resistência, sentimentos de solidão, de

alienação, de ansiedade, de impotência e de onipotência. **Nos índices atitudinais**, o sujeito desenvolve atitudes negativas/cínicas, de apatia, de hostilidade, de indiferença e de insensibilidade para com as pessoas com quem trabalha ou contacta (Maslach, Schaufeli, & Leiter 2001).

Nos **índices comportamentais/atitudinais** ou de conduta incluem-se sentimentos de agressividade, de isolamento, de impaciência, de labilidade emocional, de cansaço e fadiga frequentes, de irritabilidade e, por fim, nos **índices somáticos**, os sujeitos apresentam fadiga constante e progressiva, alterações cardiovasculares, problemas respiratórios (crises asmáticas, suspiro profundo, taquipneia, bronquite), problemas imunológicos, problemas sexuais (diminuição do desejo sexual, dispareunia/anorgasmia, ejaculação precoce ou impotência, nos homens e alterações menstruais, nas mulheres), dores musculares ou osteomusculares (dores na nuca e ombros, na região lombar e na cervical), problemas digestivos e alterações do sistema nervoso (enxaquecas, insónia e depressão) (Carlotto, 2003a; Gil-Monte, 2003; Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993; Wenzel, Glanz & Lerman, 2002).

Para Maslach e Leiter (2001), o *burnout* não é um problema do indivíduo, mas, sim do ambiente social onde este desempenha o seu trabalho. Se as empresas/serviços não forem sensíveis a esta situação e esquecerem o lado humano de qualquer atividade, contribuem para “uma grave deterioração do desempenho destes no trabalho”, evidenciando-se prejuízos não só pessoais (dentro da empresa) como, também, com outras pessoas das suas inter-relações, particularmente a família e os amigos.

No que se refere às **consequências para a organização/trabalho** podem citar-se as seguintes: a) insatisfação profissional (pode ser, também, um antecedente do *burnout*); b) perdas de recursos humanos e económicos, diminuindo a eficácia das instituições; c) deterioração da qualidade do trabalho desempenhado junto das pessoas; d) absentismo laboral elevado; e) tendência para abandonar o lugar/posto e/ ou a organização/instituição/empresa; f) diminuição do interesse pelas atividades laborais; g) aumento dos conflitos interpessoais com colegas de trabalho, patrões ou outras pessoas; h) rotatividade dos trabalhadores e i) diminuição da qualidade de vida laboral dos trabalhadores (maior número de acidentes de trabalho, por exemplo) (Carlotto, 2003a; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 1996; Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993).

Segundo Carlotto e Gobbi (1999, p. 78):



“o que já se conhece hoje sobre as possíveis consequências do *burnout*, indicam que estas merecem destaque pelo seu número, sua severidade potencial, domínios afetados, e, em muitas situações, pela irreversibilidade das suas consequências”.

### **1.6. Estratégias de intervenção e de prevenção do *burnout*.**

Não existem soluções rápidas e simplistas para resolver os problemas colocados pelo *burnout* pois é um fenómeno complexo que se desenvolve de forma lenta, progressiva e resulta da combinação de uma multiplicidade de variáveis pessoais, físicas, sociais, organizacionais, etc.

Segundo Gil-Monte (2003), as estratégias de prevenção que podem ser aplicadas aos sujeitos afetados com este síndrome podem ser de três níveis: individual, grupal e organizacional

As estratégias de **intervenção a nível individual** podem incluir intervenções educacionais (ensinando o indivíduo a desenvolver estratégias de *coping* e a comportar-se de forma específica e adequada perante os procedimentos da organização), formação e capacidade profissional, isto é, o tornar-se competente no trabalho desempenhado, o estabelecer parâmetros e objetivos e o participar em programas de prevenção de stress.

Estas estratégias focalizam-se na aquisição e melhoria dos estilos de confrontação e utilizam programas instrumentais para a solução de problemas (técnica de resolução de problemas e de assertividade), programas de treino para aprender a gerir o tempo de modo eficaz, para otimizar a comunicação e para mudar o estilo de vida e programas dirigidos a estratégias paliativas (entretenimento, técnicas de relaxamento e de expressão emocionais) (Abalo & Roger, 1998., in Carvalho, 2005).

Ainda a este nível de intervenção individual, o profissional teria que repensar a sua rotina de trabalho, aumentar a variedade de rotinas; fazer pausas durante o trabalho; evitar o excesso de horas extra; estabelecer prioridades e limites para si mesmo; exigir supervisão, melhores condições de trabalho e salário justo; fazer exercício físico; valorizar o papel da família, do lazer e da formação/aperfeiçoamento pessoal e profissional e realizar uma dieta regular (Batista, 2003; Wright, 2005; Zellmer, 2002).

A **nível grupal/interpessoal** é crucial procurar e fomentar o apoio social no trabalho, junto dos colegas ou dos patrões pois, graças a esse apoio, os indivíduos afetados, obtêm informação nova, adquirem novas capacidades ou melhoram as que já possuem,

aumentam a realização pessoal, diminuem a exaustão emocional, melhoram as atitudes de cariz negativo face aos outros, obtêm reforço social e *feedback* sobre a execução das tarefas, apoio emocional e conselhos ou outros tipos de ajuda necessários. Desta sorte, e atendendo às técnicas que se baseiam nestas estratégias sociais, modelam, reforçam, ensaiam e generalizam condutas alternativas faces às exigências da vida pessoal e profissional (Philipps, 1984., in Carvalho, 2005).

Por último, é essencial atender ao nível organizacional por ser a origem do problema no contexto organizacional, e relacionar as estratégias individuais e interpessoais de forma a torná-las eficazes, neste mesmo contexto. As estratégias mais relevantes são os programas de prevenção para melhorar o ambiente e o clima no local de trabalho, tais como: programas de socialização antecipada (tentam dar uma visão realista do trabalho e, simultaneamente, desenvolver aptidões nos trabalhadores para solucionarem, de forma efetiva, as dificuldades encontradas); programas de desenvolvimento organizacional (baseiam-se na implantação de sistemas de avaliação e *feedback*); programas de valorização e desenvolvimento profissionais (a sua finalidade é aperfeiçoar o ambiente e o clima da instituição, mediante a implementação de equipas eficazes com um esforço sistemático, planificado e focalizado a longo-prazo, na cultura e nos seus processos sociais e humanos) (Gil-Monte, 2003; Jackson & Schuler, 1983).

Os programas de socialização antecipada têm como objetivo minimizar a severidade do choque com a realidade e suas consequências, fazendo com que o profissional as experimente antes de começar a sua vida laboral, num contexto de prova. Deste modo, propicia-se o desenvolvimento de estratégias de *coping* (construtivas) e uma maior facilidade em lidar com situações/realidades com as quais contacta, diariamente. Nos programas de socialização antecipada, os indivíduos são ensinados a sobreviver no sistema existente sem comprometer os *standards*. Estes programas desenvolvem-se em 4 fases: a) a primeira, cujo propósito é produzir uma estratégia de *coping* que possa ser consistente no confronto com a realidade, vivenciando, antecipadamente, a experiência (por exemplo: pode mostrar-se aos trabalhadores incidentes já verificados com outros colegas); b) a segunda focaliza-se nas expectativas acerca do desempenho das pessoas; c) a terceira pretende alertar e ensinar os trabalhadores sobre aquilo que os outros esperam deles e, a última fase destes programas e c) tem como intuito ensinar teorias/técnicas de resolução de conflitos, negociação e competências para desempenhar as suas funções (Jackson & Schuler, 1983).

Outra ação que se pode desenvolver é o redesenhar/redefinir o modo de realização das tarefas para que, dessa forma, se reduza a sobrecarga laboral, a possibilidade de mudança de atividade no sentido da promoção profissional, o aumento de recompensas, a participação na tomada de decisões (deste modo o sujeito clarifica as expectativas, sente-se mais reconhecido e com maior controlo sobre alguns dos resultados futuros do serviço/instituição em que trabalha), a promoção da autonomia e o fomentar a responsabilidade e um maior *feedback* da performance efetuada (Jackson & Schuler, 1983; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

A prevenção, de acordo com Quesado e colaboradores (2003., in Batista, 2003, p.122) deve ser orientada para uma vertente humana (intervenção pessoal) e para uma vertente laboral e profissional (intervenção social). Enquanto na primeira se usam técnicas para fazer face ao stress e ao autocontrolo; na intervenção social realizam-se novos cursos de formação contínua, melhoram-se os recursos materiais e aumenta-se a competência psicossocial dos profissionais.

As relações interpessoais e a melhoria do suporte social entre os profissionais/colegas são essenciais para o fortalecimento dos vínculos sociais recíprocos e têm uma função protetora, facilitando o *coping* e reduzindo as consequências psicológicas e comportamentais do stress.

A prevenção deve desenvolver-se considerando três aspetos: a) o modo mais efetivo de combater o *burnout* é eliminar as suas causas e, para esse fim, torna-se necessário redefinir locais de trabalho; melhorar os canais de comunicação e promover uma inter-relação entre a equipa de trabalho; aumentar a informação; modificar as políticas dos trabalhadores, delegando funções, e criar um clima adequado de trabalho e de apoio.

b) Devem desenvolver-se aptidões e/ou competências nas pessoas para que reconheçam os sintomas do *burnout* aquando do seu surgimento e da sua respetiva evolução. As técnicas de relaxamento, os cursos de aprendizagem para “administração do tempo”, a qualidade de vida e reforço da confiança, a realização de exames médicos periódicos e o envolvimento em programas de promoção de saúde são boas formas de sinalizar o aparecimento do *burnout*.

c) A deteção precoce de problemas psiquiátricos ou de saúde mental e seu respetivo tratamento, junto de profissionais especializados (Carvalho, 2005).

Segundo S. Wright (2005, p.10) para lidar com o *burnout* é necessário descansar/relaxar (*rest*), recarregar energias (*re-energising*), recuperar (*recuperation*) e ter tempo para refletir sobre o que se está a passar e sentir.

Os profissionais devem reconhecer os seus limites e estabelecer metas realistas; estar atentos aos sinais de alarme; procurar informação e aconselhamento, caso necessário; arranjar tempo para assuntos pessoais e aprender a lidar/gerir o stress pois, assim, alcançarão benefícios na saúde e no seu desempenho (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Martins e Nastasy (Batista, 2003; Maslach & Leiter, 2001) consideram que para prevenir a incidência do *burnout*, deveria: a) aumentar-se a competência profissional, facultando a investigação e a formação contínua, apresentando novos modos de execução laboral e não abandonando a profissão; b) modificar-se as condições sociais e físicas do trabalho; c) criar-se programas de qualidade de vida e de humanização; d) criarem-se equipas multiprofissionais e/ou interdisciplinares, assim como, grupos de reflexão e serviços de apoio psicológico, psiquiátrico e sociais.

Merece, ainda, destaque o programa de prevenção e gestão do *burnout* desenvolvido por Cooley e Yovanoff (1996., in Batista, 2003) segundo o qual se devem: a) desenvolver as capacidades para mudar a situação em si – capacidades de *coping* situacionais (identificar os aspetos passíveis de mudança e uso de resolução de problemas); b) desenvolver capacidades de resposta física face às situações – capacidade de *coping* fisiológicas (alimentação e relaxamento) e c) mudar a forma de pensar as situações – capacidade de *coping* cognitiva (mudar as crenças autoderrotistas, pessimistas e limitativas, dando lugar a outras mais construtivas e realistas).

Concluindo, pode perceber-se que o *burnout* remete para uma panóplia de questões que ganharam evidência para este estudo, por estar direcionado, particularmente, para uma população que contacta diariamente com o ser humano e as problemáticas complexas que lhe estão associadas. Ao conhecer este fenómeno e, nomeadamente, as suas causas, a sua sintomatologia característica e as suas consequências torna-se mais fácil minimizar, prevenir ou, até mesmo, evitar o seu aparecimento.

### **1.7. O *burnout* nos enfermeiros**

Não obstante uma primeira aparição num artigo de Bradley, de 1969, dedicado aos funcionários responsáveis por um programa comunitário de tratamento para jovens delinquentes foi em 1974, com Herbert Freudenberger e o seu artigo *Staff-burnout*, que o conceito de *burnout* se popularizou (Shaufeli & Buunk, 2003).

Desde então, o estudo do fenómeno distribuiu-se por várias correntes do pensamento psicológico (em cujo seio começou por surgir), ao mesmo tempo que principiou a interessar a outros domínios do conhecimento (segundo as respetivas perspetivas) e a preocupar os profissionais diretamente afetados pelo fenómeno. Assim começaram a multiplicar-se as pesquisas sobre o assunto na esfera da medicina e da enfermagem, por exemplo. Nestas profissões, o stress é composto por uma combinação de variáveis físicas, psicológicas e sociais tais como: a escassez de trabalhadores, que supõe uma sobrecarga laboral, o trabalho por turnos; a prestação de cuidados às pessoas; o contacto diário com a doença, com a morte, com a dor, com o sofrimento dos outros, com situações de trauma, de violência, de sobrelotação; o lidar com os familiares das vítimas ou com situações multivítimas; a incerteza nas funções e tarefas desempenhadas e, por conseguinte, o conflito e a ambiguidade de papéis e a falta de autonomia e/ou autoridade para tomar decisões.

No que concerne à situação dos enfermeiros, e particularmente, os do serviço de urgência, em que naturalmente nos focamos, os estudos existentes assentam basicamente na ideia, tal como defendia Maslach e Leiter (2001), que existem muitas ocupações não incluídas na rubrica dos profissionais de ajuda em que os contactos interpessoais causam stress, tornando este grupo particularmente vulnerável à síndrome de *burnout*. Cordes e Doherty, 1993 acrescentam ainda que vez que esta vulnerabilidade advém do facto de manterem uma relação centrada em interações frequentes e intensas ou emocionalmente carregadas com outros indivíduos, nas quais cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indissociável ao longo de todos os momentos ou fases do cuidar.

Quando falamos no Serviço de Urgência para além de todos os agentes stressores a que os enfermeiros que nele trabalham estão sujeitos no exercício da sua profissão, vários autores são unânimes em considerar que os profissionais da área do cuidar estão sujeitos

ao grande desafio de trabalhar, de forma próxima e intensa, com o doente em situação crítica e/ou de falência orgânica e os seus familiares ou significativos.

De facto, nos serviços de urgência, a tensão emocional gerada nos cuidadores aumenta consideravelmente, já que é necessário lidar com uma panóplia de doentes de diversas idades, adotando uma aproximação holística ao visado, mas, ao mesmo tempo, sem deixar de intervir de forma precisa, eficaz, eficiente e tempestiva. Se, de acordo com estudos europeus (2000), o síndrome de *burnout* afeta, aproximadamente, cerca de 25% de todos os Enfermeiros (Demerouti., in Teles, 2011), no serviço de urgência, em especial, os estudos indicam que os enfermeiros demonstram valores relativamente mais altos ao nível da exaustão emocional e da despersonalização do que aqueles que trabalham em unidades de cuidados intensivos ou noutro tipo de enfermarias (Aldi e Priami, 2005; Keller e Verdes, 1990; Walsh et al, 1998., in Teles, 2011), sendo a tensão profissional também estatisticamente superior.

Segundo Walsh [et. al.] (1968), citado por Teles (2011), as situações mais stressantes relacionadas com o desempenho e/ou exercício profissionais no serviço de urgência são, respetivamente: a) a escassez de pessoal e sua desmotivação; b) agressão física e/ou verbal; c) carência de camas e de recursos; d) falta de apoio ao nível da gestão e e) relacionamento entre os profissionais.

Destacam-se a este propósito os estudos de Mendes (1996) com enfermeiros da área da psiquiatria onde se concluiu que os fatores pessoais eram mais importantes que os fatores ambientais e que, quanto maior a satisfação no trabalho, menor a ocorrência da síndrome *de burnout*.

Em Portugal, o estudo realizado por **Gil e Vairinhos (1997)** analisou a existência de *burnout* em enfermeiros dos serviços de urgência (geral e psiquiátricas) tendo concluído que os enfermeiros da urgência geral, maioritariamente mulheres, jovens, solteiras, escolaridade superior e com pouca experiência profissional, apresentavam um nível médio de *burnout*, enquanto os enfermeiros da urgência de psiquiatria, maioritariamente homens, mais velhos, casados, escolaridade mais baixa e com mais anos de profissão, tinham um nível de *burnout* mais baixo.

Em 1998 **Howard**, num estudo realizado no Canadá, verificou que certos fatores da organização, tais como conflito de funções ou autonomia, eram componentes

importantes do fenómeno e que, algumas variáveis pessoais, tais como locus de controlo externo, identidade profissional e feminilidade eram fatores que conduziam ao *burnout*.

**Thomsen, et al.** (1999) citado por Queirós (2005, p. 65) verificaram que a baixa satisfação no trabalho é uma variável importante para predizer a exaustão numa amostra constituída por 464 psiquiatras e 1090 enfermeiros. Os seguintes autores (Maslach e Pines, 1977; Jones, 1987; Porter, [et. al.], 1987) citados por Queirós (2005, p. 65) consideram que os enfermeiros merecem uma atenção especial mediante a quantidade de agentes diários indutores de stress e identificam como agentes específicos do meio hospitalar que mais afetam os enfermeiros, os seguintes: a) a proporção de doentes que estes devem atender, de forma que quanto mais doentes, menor satisfação; b) escassez de pessoal que influencia diretamente a qualidade de assistência que se oferece; c) a possibilidade de cometer erros com consequências potenciais e reais para com os doentes; d) falta de participação na tomada de decisões sobre temas profissionais e laborais e e) desconhecimento dos problemas dos trabalhadores por parte da administração.

**Marques-Teixeira** (2002) também citado por Queirós (2005) diz-nos que 25 a 30% dos profissionais de saúde desenvolvem *burnout* como consequência da sua atividade profissional.

No Brasil este síndrome foi estudado por variadíssimos investigadores mas, de acordo com os resultados de **Muller**, em 2004, que comparou o *burnout* existente num hospital Brasileiro entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, verificou-se que os primeiros tinham maiores níveis de exaustão emocional, quando comparados com os técnicos e auxiliares, sendo a exaustão emocional maior nos enfermeiros com menor tempo de experiência profissional.

Para **Spooner-Lane** (2004), os primeiros estudos sobre a síndrome de *burnout* em enfermeiros demonstram que está diretamente relacionada com a quantidade de tempo que estes profissionais passam com os seus doentes, com a intensidade das exigências emocionais destes e com o cuidar de doentes em fase terminal. Em estudos mais recentes, a mesma autora demonstra que o *burnout* está associado a fatores relacionados com o trabalho, tais como a sobrecarga laboral, o baixo nível de suporte, os conflitos interpessoais, a preparação inadequada e o contacto com a morte.

Mais recentemente os estudos têm-se centrado sobremaneira nestas questões relacionando esse fenómeno com outros problemas como: o absentismo laboral (Murcho, 2006), o stress ocupacional (Grazziano e Bianchi, 2010), o *engagement* (Dias e Queirós, 2011), as estratégias de *coping* e a fadiga por compaixão (Cruz, 2014).

Nos últimos 10 anos são dignos de menção, sobretudo, os estudos de investigação de: a) **Queirós (2005)**, realizados com enfermeiros portugueses nos quais se obteve elevados níveis de *burnout*, sobretudo na dimensão exaustão emocional com 27% e no cinismo/despersonalização, com 16%; b) **Vânia Lavrador e Rosa Romão (2007)** direccionado para médicos e enfermeiros do Serviço de Hematologia do Hospital dos Capuchos, onde foi possível concluir que relativamente ao esgotamento emocional 41.7% de profissionais apresentam baixo nível, 50% apresentam nível moderado e 8.30% apresentam nível elevado; relativamente à despersonalização concluíram que 55.6% de profissionais inquiridos apresentavam baixo nível, 33.3% nível moderado e 11.1% nível elevado e quanto à realização pessoal 33.3% de profissionais apresentavam baixo nível, 38.9% nível moderado e 27.8% nível elevado; c) **Carlotto e Silva (2008)** efetuados com enfermeiros de um Hospital Geral, tendo-se constatado um índice elevado para a dimensão realização profissional (3.79; DP= 0.75) e um índice médio para as restantes dimensões: exaustão emocional (2.47; DP= 0.73) e despersonalização (2.59; DP=0.54); d) **Queirós, Rodrigues Silva (2009)** estudo desenvolvido com enfermeiras dos cuidados primários da sub-região de saúde de Bragança concluiu que a instabilidade e o tempo de serviço são fatores de risco para o surgimento do *burnout* verificando-se uma maior tendência para a ansiedade e síndrome de *burnout* em enfermeiras solteiras e sem filhos, enquanto a depressão se verifica mais em enfermeiras casadas e com filhos; e) **Marisa Teles (2011)** estudo dirigido a enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, situada no Hospital de São Francisco Xavier concluiu que não havia índice de *burnout* elevado; f) **Galindo [et. al.,] (2012)** no seu estudo com enfermeiros da assistência pediátrica e tocoginecológica de um hospital geral do nível terciário demonstrou a predominância do género feminino (92,1%), com até 5 anos de profissão (68,5%) sendo 52,5% da área pediátrica, altos níveis de EE (49,2%) e DP (27%) e baixos de RP (4,8%) estando 4,7% com *burnout*, valores que segundo explica se devem à sobrecarga de trabalho, ao esgotamento e recurso às estratégias centradas nas emoções, consubstanciadas com estes níveis altos e médios de EE e DP, comprometendo a qualidade de vida no trabalho; g) **Laura Alves**



(2012) desenvolvido em enfermeiros dos cuidados continuados de média e longa duração da zona Norte do país constatou que estes obtiveram valores moderados de *burnout*, com tendência para aumentar; **h) Pedro Simões (2012)** desenvolvido junto dos enfermeiros da Saúde 24 no qual se verificou que existem níveis médios de *burnout*; **i) Oliveira e Pereira (2012)**, partindo das ideias de Estevão (2006) de que o trabalho por turnos e noturno cria conflito com os ritmos biológicos humanos e cria dificuldades na adequação à vida familiar e social levou a cabo um estudo sobre o impacto do exercício profissional em diversos indicadores de saúde com enfermeiros cujos questionários foram aplicados antes e após o turno da tarde que verificou que estes apresentavam níveis médios de EE e baixos na RP e DP e que a jornada de trabalho não influencia de forma determinante a perceção subjetiva nas dimensões psicológicas avaliadas; **j) Daniela Ascensão (2013)** estudo orientado para enfermeiros da Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Particular, no qual se constatou que os inquiridos apresentavam valores baixos de *burnout*; **k) Sandra Pereira [et al.] (2014)**, no seu estudo com Médicos e Enfermeiros de Unidades de Cuidados Paliativos constatou que somente 3% se encontravam em *burnout* e 13% em alto risco de desenvolver esta síndrome; **l) Tavares, [et. al.,] (2014)** levou a cabo um estudo num hospital universitário do Rio de Janeiro tendo verificado que o ser jovem (a viver uma nova experiência profissional associada à falta de experiência evidenciaram sinais de stress, estranheza, medo e menos à vontade para lidar com as tensões do mundo de trabalho); do género feminino (continua a ser alvo de tratamentos diferenciados num "mundo androcêntrico" e a não ser valorizada a dupla jornada carreira e vida doméstica e trata-se de profissão predominantemente feminina o que conduz a desgaste, stress e *burnout*); solteiro (ter com quem dividir os problemas da vida e do mundo de trabalho com alguém escolhido constituem fontes de proteção contra o sofrimento psíquico e doenças mentais); sem filhos (fator protetor para o surgimento de *burnout*); em início de carreira e colocados em programas de residência de alta complexidade foram considerados fatores predisponentes ao *burnout* e **m) Maroco, [et. al.,] (2016)** levado a cabo com profissionais de saúde portugueses (médicos e enfermeiros) indicou que, ambas as categorias profissionais apresentaram níveis moderados a elevados de *burnout* embora sem diferenças significativas registadas entre as duas profissões e que este síndrome estava associado à perceção de más condições de trabalho e à menor duração do tempo de serviço sendo o primeiro o principal preditor da ocorrência de *burnout*. Constatou, ainda que entre 2011 e 2013, 21.6% dos profissionais de saúde apresentaram *burnout*

moderado e 47.8% *burnout* elevado e que os profissionais com mais tempo na função foram mais acometidos por este síndrome não ocorrendo associação significativa com a duração da jornada de trabalho. Compreende-se, pois, que atento ao estado da arte, se revele pertinente prolongar as pesquisas desenvolvidas até domínios menos explorados como nos parece ser o que queremos privilegiar.

---

---

## **Capítulo II: Enquadramento Metodológico**



## 2.1. Tipo de estudo e opções metodológicas

Para Fortin (2006, p. 133):

"A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação. O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações de variáveis".

Este projeto de investigação arquitetou-se segundo um desenho descritivo simples com vista à explicação do fenómeno de *burnout* na população-alvo de estudo, rastreando as suas especificidades e contribuindo para desenhar estratégias de intervenção adequadas e para responder às dúvidas levantadas, concorrendo para a sua debelação, na prática.

Trata-se de um estudo quantitativo pois refere-se a *"um processo formal, objetivo e sistemático que consiste em descrever ou verificar relações, diferenças ou relações de causa e efeito entre variáveis"* (Fortin, 2006) e descritivo simples pois *" (...) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta"*, Fortin (1999, p.163). E visa a recolha e a análise de dados de modo a estabelecer em que medida as dimensões teóricas exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal se encontram relacionadas com as variáveis sociodemográficas, respetivamente: estado civil, género e antiguidade no serviço.

## 2.2. Objetivos do estudo

Este estudo, de cariz quantitativo teve como principais objetivos:

- a) Verificar se existem diferenças nas três dimensões do índice de *burnout* (alto, médio ou baixo) experienciados pelos enfermeiros no serviço de urgência;
- b) Verificar se existem diferenças no índice de *burnout*, em função da antiguidade no serviço;
- c) Verificar se existem diferenças no índice de *burnout*, em função do género;
- d) Verificar se existem diferenças no índice de *burnout*, em função do estado civil.

### 2.3. Hipóteses de investigação

Tal como as questões de investigação, as hipóteses têm em conta as variáveis-chave e a população-alvo. Segundo Fortin (2006, p. 575):

"Hipótese é um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica, ou "uma conjectura sobre a relação entre duas variáveis que é verificável empiricamente."

Um estudo pode conter várias hipóteses sendo que estas têm influência no desenho da investigação, nos métodos de colheita e análise de dados bem como na interpretação dos resultados.

Partindo dos objetivos e do nosso estudo, surgiram quatro hipóteses consideradas relevantes.

- a) **Hipótese 1:** Espera-se encontrar diferenças nas três dimensões do índice de *burnout* experienciado pelos enfermeiros no serviço de urgência.
- b) **Hipótese 2:** Espera-se que os enfermeiros com menos tempo de serviço apresentem um índice de *burnout* mais elevado do que os enfermeiros com mais tempo de serviço.
- c) **Hipótese 3:** Espera-se que os sujeitos do género masculino obtenham um valor mais elevado na dimensão despersonalização do que os sujeitos do género feminino.
- d) **Hipótese 4:** Espera-se que os indivíduos casados experimentam um nível de *burnout* mais baixo que os indivíduos solteiros e estes revelam valores mais elevados de despersonalização e de realização pessoal.

### 2.4. Varáveis de estudo

A seleção das variáveis a serem utilizadas em qualquer investigação deve ter em conta os objetivos do estudo e as questões de investigação, não devendo resultar de uma escolha livre e arbitrária do investigador (Richardson, 1989). Segundo Fortin, (2006, p.48):

"Uma variável é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou a uma característica que são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem

objeto de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico".

As variáveis são ligadas aos conceitos teóricos por meio de definições operacionais que servem para medir conceitos e podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação. São, ainda, qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.

O processo de operacionalização das variáveis traduz-se, assim, num procedimento criterioso no sentido de as definir corretamente quanto ao conteúdo, à forma de as quantificar e de as apresentar (Gil, 1995).

#### **2.4.1. Variável dependente**

Para Fortin (2006, p.171) a variável dependente:

“É a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que, é devido à presença da variável independente (...) é muitas vezes chamada, a «variável crítica» ou a «variável explicada» ”

O presente estudo estabeleceu como **variável dependente o nível de *burnout* experienciado**. Para o medir utilizou-se o questionário *Maslach Burnout Inventory* (MBI) elaborado por Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson (1996) e traduzido por Batista (2001). Trata-se do instrumento de auto-avaliação do desgaste profissional mais utilizado em todo o mundo. Schaufeli e Enzmann (1998) verificaram que o MBI foi utilizado em mais de 90% dos estudos sobre *burnout*. Salienta-se que análises exploratórias das três dimensões do MBI apoiam a validade de construto deste instrumento e a sua validação fatorial (Burke e Richardsen, 1993; Cordes e Dougherty, 1993).

#### **2.4.2. Variável independente**

Segundo Fortin (2006, p. 171) a variável independente é:

“Um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (...) chamada, também variável experimental, é considerada como a causa do efeito produzida na variável dependente”.

Neste estudo estabeleceu-se como **variável independente as características sociodemográficas designadamente:** o género, o estado civil e a antiguidade no serviço.

## **2.5. População e amostra**

Utilizando novamente as palavras de Fortin (2006, p. 41) *"a população compreende todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo"*.

A opção apenas pelo grupo de enfermeiros do Serviço de Urgência baseia-se no facto da literatura demonstrar que este grupo de profissionais mantém uma relação direta de proximidade constante com pessoas em sofrimento e/ou em situações limite que carecem de ajuda. Acresce, ainda, o facto de neste serviço os enfermeiros terem de lidar com uma panóplia de pacientes de todas as idades que exigem resoluções muito rápidas. A exposição a situações de morte, trauma, violência, sobrelotação, associadas às habituais atividades diárias dos enfermeiros respetivamente o contacto interpessoal com o outro; as grandes responsabilidades inerentes à tomada de decisões; o trabalho rotativo e por turnos em condições, por vezes, mais adversas fazem com que o trabalho no serviço de urgência assuma um carácter imprevisível e os seus profissionais estejam mais vulneráveis e sejam expostos a um maior número de agressões permanentes à sua saúde física e mental (Farrington, 1995).

A opção por um serviço de urgência da zona norte está relacionada com o fator proximidade, facilitando, assim a recolha de dados.

Definiram-se como critérios de participação no estudo: a) ser enfermeiro no serviço de urgência da zona norte do país e 2) desempenhar funções em tempo igual ou superior a um ano. Porém, a aplicação destes critérios de inclusão conduziu-nos a algumas limitações designadamente: a) a redução da população a 49 elementos, tornando-a pouco representativa e b) não aplicação de questionários a 12 dos elementos da população pelo facto de os mesmos não desempenharem funções há mais de um ano no serviço suprarreferido, passando a uma amostra de 37 enfermeiros, o que se refletiu nos resultados obtidos.

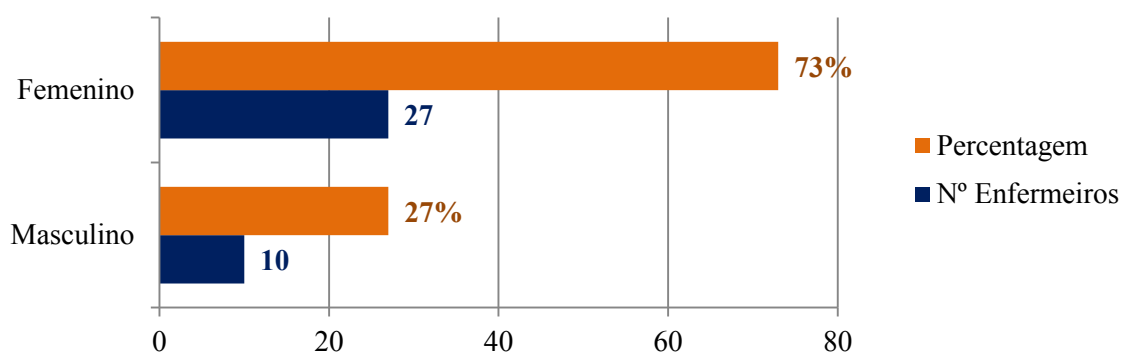
No serviço escolhido para o estudo trabalham 49 enfermeiros, em horários rotativos (manhãs, tardes e noites), por turnos de 8 horas de serviço, num total de 35 e 40 horas



semanais, sendo essa a população. No entanto, como foi já referido, 12 desses elementos não preenchiam um dos critérios de inclusão para a participação no estudo e não lhes foram aplicados os questionários ficando a amostra com um total de N=37.

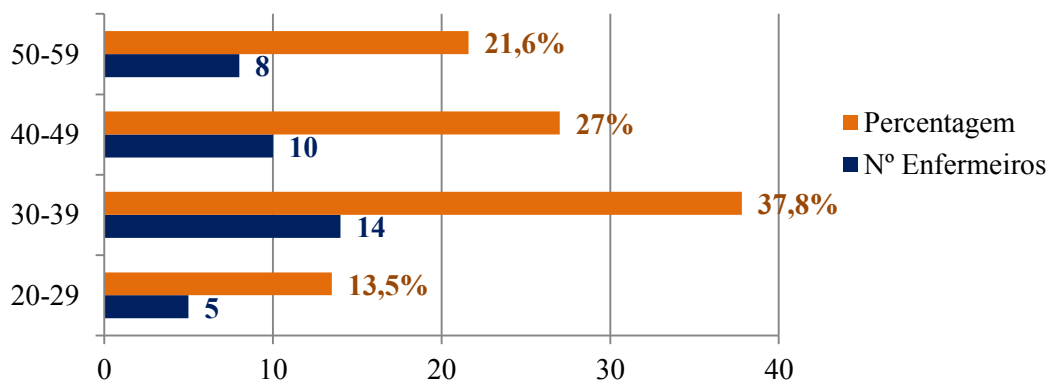
Dessa amostra 27 sujeitos são do género feminino (73%) e 10 do género masculino (27%), tal como se apresenta no gráfico 1.

**Gráfico n°1 - Distribuição da população por género**



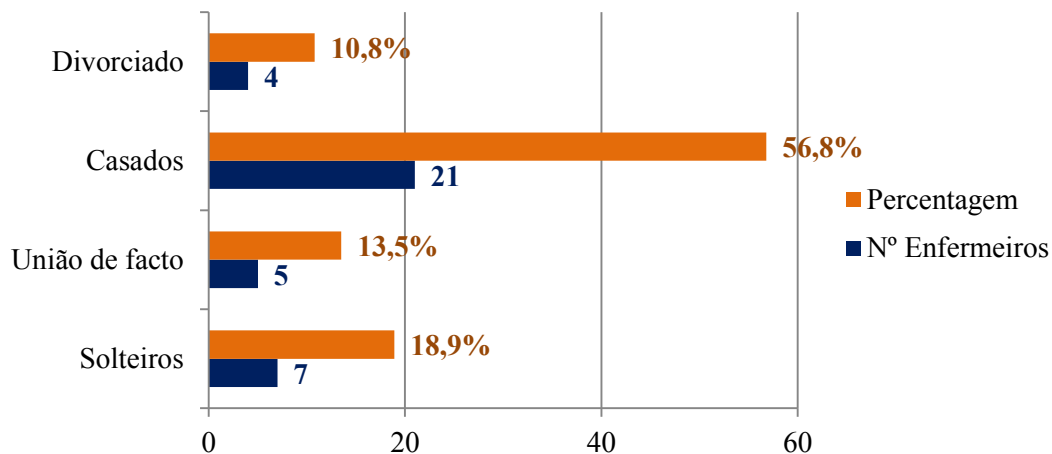
No que se refere à idade a média é de, aproximadamente, 39 anos. Sendo que os valores com frequências mais elevadas se posicionam na escala etária dos 30-39 anos (37.8%), como se constata no gráfico 2. Podemos, ainda, verificar que o número de enfermeiros com mais de 40 anos é elevado (27%). Por fim, importa acrescentar que o Enfermeiro mais novo a responder ao questionário tem 24 anos e o enfermeiro mais velho, 59 anos, respetivamente.

**Gráfico n°2 - Distribuição da população por idades.**



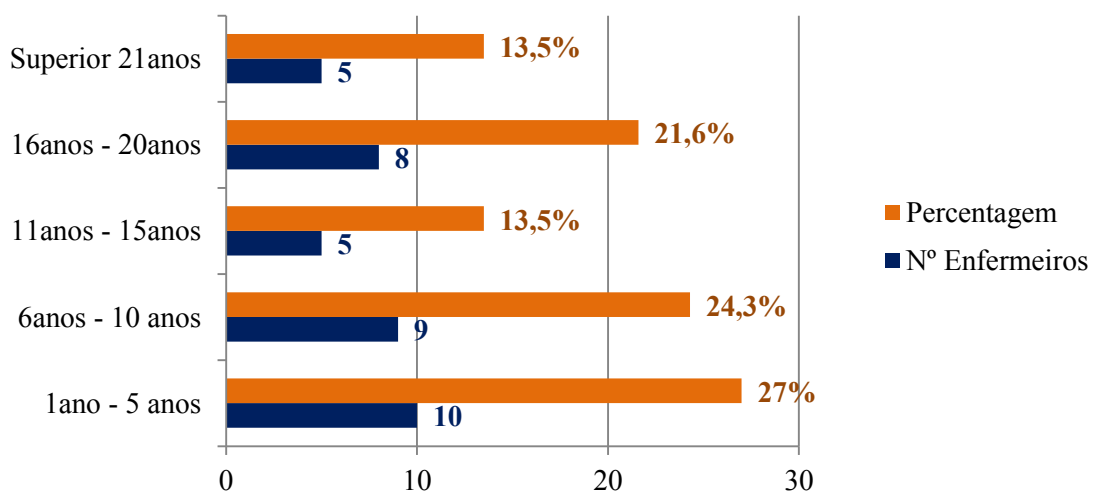
Relativamente ao estado civil, 21 sujeitos são casados (56.8%), 7 são solteiros (18.9%), 5 vivem em união de facto (13.5%) e 4 são divorciados (10.8%) como se encontra representado no gráfico 3.

**Gráfico nº3. - Distribuição da população quanto ao estado civil**



Quanto à antiguidade no serviço de Urgência verifica-se que o Enfermeiro que desempenha funções há menos tempo no serviço foi integrado há um ano e o mais antigo executa funções há 36 anos. Os que trabalham há menos de 5 anos no serviço correspondem a mais de  $\frac{1}{4}$  da população total (27%), os que trabalham há menos de 10 anos, correspondem a 51.3%, e os que trabalham há mais de 10 anos correspondem a uma percentagem total de 48.6% (gráfico 4).

**Gráfico nº 4 - Distribuição da população quanto ao número de anos que trabalha no Serviço de Urgência**



## 2.6. Instrumento(s) de colheita de dados

Desta investigação fizeram parte dois instrumentos: a ficha de dados sociodemográficos e o *Maslach Burnout Inventory* (Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996 e traduzido por Batista, 2001).

### 2.6.1. Questionário sócio-demográfico.

Este questionário, elaborado para este estudo de investigação, integra itens para recolher dados pessoais do respondente, nomeadamente: o género, a idade, a nacionalidade, o estado civil, se tem filhos, as habilitações académicas, se tem especialidade - se resposta positiva qual é a especialidade, o número de anos que trabalha como Enfermeiro e o número de anos que trabalha como Enfermeiro no Serviço de Urgência.

### 2.6.2. Maslach Burnout Inventory (MBI) (Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996 e traduzido por Batista, 2001).

O MBI, elaborado por Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson (1996) e traduzido por Batista (2001) é um dos questionários mais utilizado para avaliar a frequência e a intensidade do *burnout*. É composto por 22 itens, divididos em três subescalas que representam as dimensões assinaladas pelos autores na sua definição deste síndrome: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. É uma escala de “*Likert*”, de 7 pontos, sendo os itens avaliados entre zero e seis.

**Tabela 1** – Consistência interna [média e desvio padrão do *M.B.I* (Maslach e Jackson, 1986)].

MBI (N=11067)	Nº itens	Média	Desvio padrão	Coefficiente alfa
Total	22	--	--	0.90
Exaustão emocional (EE)	9	20.99	3.80	0.76
Despersonalização (DE)	5	8.73	3.16	0.72
Realização pessoal (RP)	8	34.58	3.73	0.86

A subescala exaustão emocional (EE), composta por nove itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), descreve sentimentos de estar emocionalmente exausto, no trabalho. Uma pontuação alta nesta dimensão indica que o indivíduo está a suportar uma tensão que está para além dos seus limites.

A subescala despersonalização (DE), constituída por cinco itens (5, 10, 11, 15, 22) descreve a resposta insensível e impessoal aos que recebem os cuidados ou serviços. Neste caso, uma pontuação elevada indica que o profissional tende a distanciar-se dos utentes/vítimas e a pensar, neles, como objetos.

Por último, a subescala realização pessoal (RP), com oito itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) remete para sentimentos de competência e de realização no trabalho. Uma pontuação elevada indica que o sujeito está a realizar o seu trabalho de forma digna e que considera útil a sua execução.

Os níveis de *burnout* variam entre baixos, moderados e altos sendo, por isso, uma variável contínua. Os valores são considerados elevados se estão no terço superior da distribuição normativa, médios se estão no terço médio e baixos se estão no terço inferior. Os valores de cada subescala são considerados isoladamente.

Um nível elevado de *burnout* reflete-se em valores elevados nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e valores baixos de realização pessoal. Um nível médio, por sua vez, reflete-se em valores médios nas três subescalas. E, por último, um nível baixo de *burnout* reflete-se em valores baixos nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e valores elevados de realização pessoal (Carvalho, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1997).

Assim sendo, quando se obtiver altas pontuações na dimensão exaustão emocional e na despersonalização associados a baixos valores de realização pessoal, poderá concluir-se que o indivíduo apresenta síndrome de *burnout* (Glass et al., 1993; Pires [et. al.], 2004; Barboza e Beresin, 2007).

**Tabela 2** – Classificação de Maslach e Jackson (1986) do valor de “*burnout*” nas suas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal).

Amostra total	Baixo	Médio	Alto
Exaustão emocional	$\leq 16$	17-26	$\geq 27$
Despersonalização	$\leq 6$	7-12	$\geq 13$
Realização pessoal	$\geq 39$	38-32	$\leq 31$

Existe, também, um estudo português desenvolvido por Melo, Gomes e Cruz (1999), que teve como finalidade traduzir, adaptar e validar, para a população portuguesa, o “*Maslach Burnout Inventory*” (MBI). Neste estudo participaram 439 sujeitos [psicólogos das áreas clínica/saúde (194 sujeitos), social/organizacional (57 sujeitos) e escolar/educacional (143 sujeitos) e de outras áreas (36 sujeitos)] sendo 119 do género masculino e 320 do género feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 67 anos.

Seguem-se os dados relativos à fidelidade do MBI (*alpha de Cronbach*) podendo verificar-se que os valores variam entre 0.70 e 0.80, com um total de 0.75, reflectindo elevados índices de fidelidade e de consistência interna (tabela 3) (Melo, Gomes, & Cruz, 1999).

**Tabela 3** – Coeficientes de fidelidade (*alpha de Cronbach*) do MBI.

Instrumento/Sub-escala – Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach	ALPHA
– Exaustão emocional	0.80
– Despersonalização	0.71
– Realização pessoal	0.70
– TOTAL	0.75

A adaptação e validação portuguesa do MBI confirmou a existência das três dimensões originais do *burnout*, embora tenha implicado a retirada de 4 itens da versão original, nomeadamente o item 2 (“sinto-me esgotado ao fim do meu dia de trabalho”), o item 11 (“preocupa-me o facto de que o meu desempenho me pressione bastante emocionalmente”), o item 12 (“sinto-me cheio de energia”) e o item 18 (“sinto-me estimulado após trabalhar junto das vítimas”) (Melo, Gomes & Cruz, 1999).

Este estudo de adaptação do MBI à população portuguesa constituiu o ponto de partida para o desenvolvimento do meu estudo de investigação com enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência.

Seguem-se, então, os dados relativos à fidelidade do teste do MBI (*alpha de Cronbach*) aplicado à amostra deste estudo. Como se constatou, obtiveram-se valores que variam entre 0.51 e 0.88 com um total de 0.79, traduzindo elevados índices de fidelidade e de consistência interna (tabela 4).

**Tabela 4** – Cálculo do Alfa Cronbach do MBI total e nas suas respetivas 3 dimensões.

MBI	Nº itens	Coefficiente alfa
Total	22	0.793
Exaustão emocional (EE)	9	0.884
Despersonalização (DE)	5	0.729
Realização pessoal (RP)	8	0.505

## 2.7. Procedimentos de recolha de dados

Tal como referido anteriormente, a amostra utilizada neste estudo foi recolhida no Serviço de Urgência de um hospital da zona norte do país. A sua seleção foi feita entre os meses de Março e Abril pedindo a colaboração e consentimento ao Presidente do Conselho de Administração deste hospital e esclarecendo quanto ao estudo e seus objetivos.

Após obtenção de consentimento por parte do Conselho suprarreferido foram entregues os questionários *Maslach Burnout Inventory* – MBI e o Questionário Sociodemográfico, individualmente, aos enfermeiros do Serviço de Urgência, frisando a questão da confidencialidade e anonimato das respostas e será feito um agradecimento pela sua colaboração.

A amostra foi escolhida e conseguida por conveniência ou, dito de outro modo, só foram analisadas as respostas dos profissionais que se disponibilizaram para responder aos referidos questionários de forma anónima, individual e privada.

Os questionários, por sua vez, foram preenchidos, em casa, pelos sujeitos da amostra para tentar eliminar, ao máximo, a influência de distratores ambientais presentes no seu local de trabalho (instável devido às solicitações constantes para as quais podem ser destacados, a qualquer momento).

---

---

### **Capítulo III - Apresentação e discussão dos resultados**





### 3.1. Resultados

Neste estudo quantitativo realizaram-se vários procedimentos estatísticos com o intuito de testar as hipóteses de investigação previamente colocadas assim como, atingir os objetivos a que nos propusemos. Deste modo, utilizaram-se testes *t-Student*, para amostras independentes, que permitem comparar as médias de duas e apenas, duas, populações.

Seguidamente são apresentados os resultados relativos aos pressupostos de normalidade e de homogeneidade das variâncias, as hipóteses de investigação deste estudo, os testes estatísticos utilizados para a sua análise e as conclusões que, a partir deles, se retiraram.

Por ser um dos pressupostos de utilização de muitos testes estatísticos, bem como de aplicação de um elevado número de estatísticas descritivas, procedeu-se à análise da normalidade da distribuição recorrendo ao teste não paramétrico de aderência à normal *Shapiro-Wilk* (S-W) pelo facto da amostra apresentar um  $N < 50$  ( $N=37$ ).

Este teste (S-W) serve para analisar o ajustamento de uma variável à normalidade da distribuição, através da comparação entre as frequências relativas acumuladas observadas e as frequências relativas acumuladas esperadas. O valor do teste obtido é a maior diferença existente entre ambas (tabela 5).

**Tabela 5** – Teste S-W para as três dimensões do *burnout*.

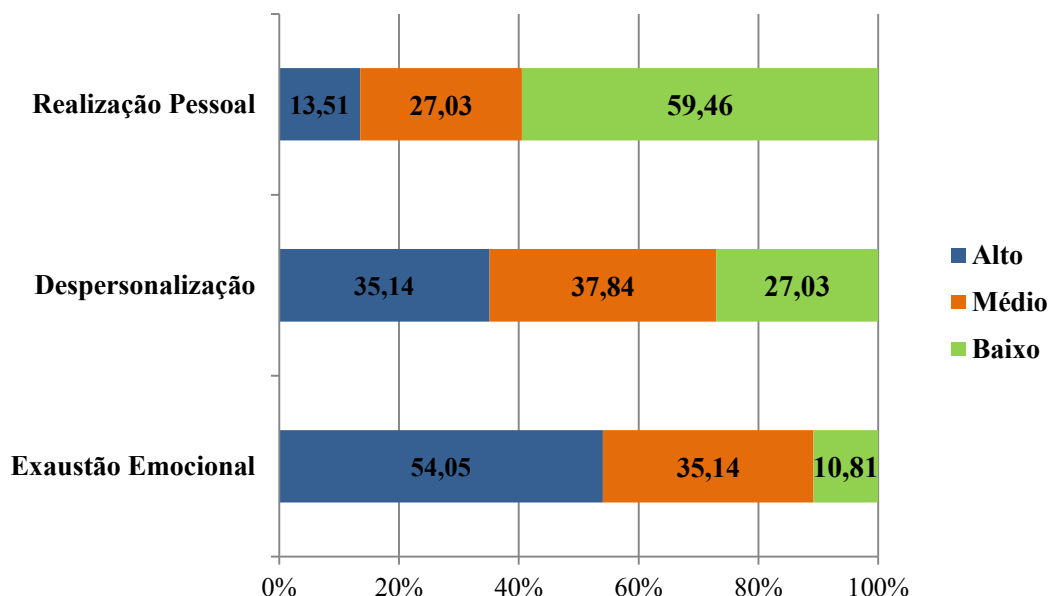
	Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.
MBI_Total	0.986	37	0.904
Exaustão emocional (EE)	0.982	37	0.795
Despersonalização (DE)	0.967	37	0.339
Realização pessoal (RP)	0.967	37	0.329

Como o nível de significância nas três variáveis MBI total, exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e realização pessoal (RP) é superior a 0.05 (valores que variam entre 0.33 e 0.90), aceita-se a hipótese da distribuição ser normal e utilizam-se testes paramétricos (tabela 5).

**Hipótese 1:** Espera-se encontrar diferenças nas três dimensões do índice de *burnout* experienciado pelos enfermeiros no serviço de urgência.

Para testar esta hipótese realizamos uma análise estatística descritiva para obter resultados relativos à distribuição de frequências (gráfico 5).

**Gráfico nº 5** - Resultados obtidos nas dimensões do questionário MBI (em percentagem)



Como se pode observar no gráfico 5 a maioria dos enfermeiros do Serviço de Urgência, apresentam um nível alto na dimensão exaustão emocional (54.05%), um nível baixo na realização pessoal (59.46%) e um nível médio na despersonalização (37.84%).

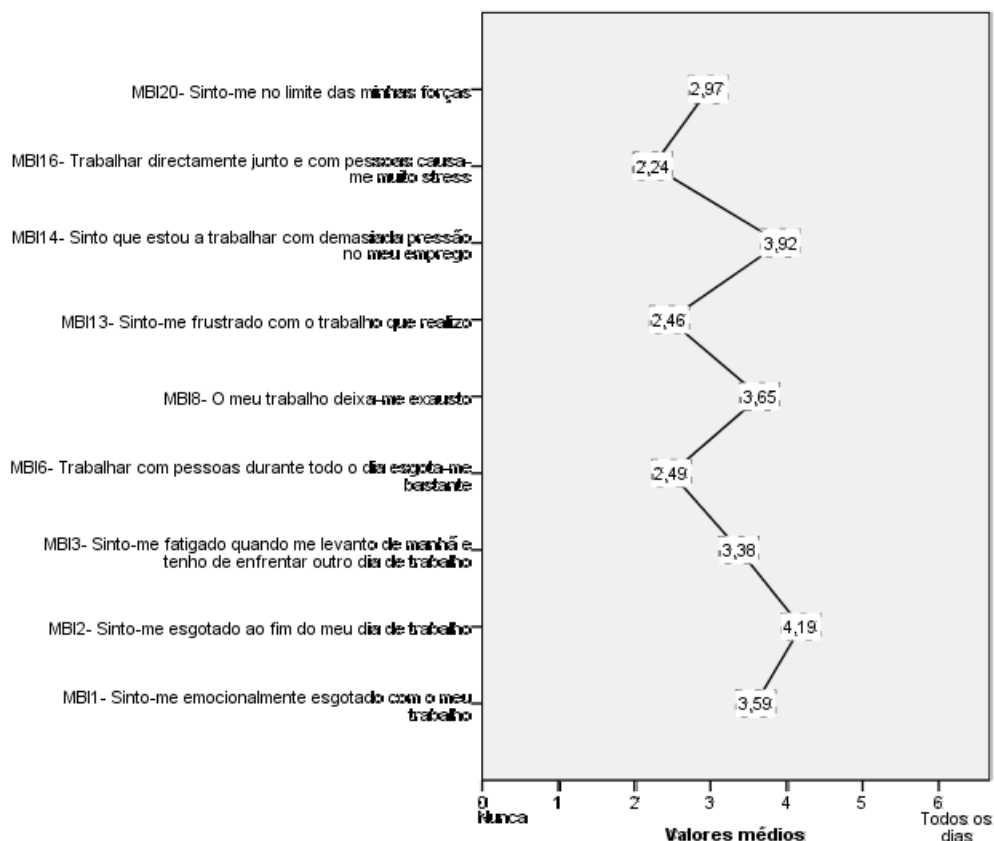
Nos gráficos que se seguem encontram-se representados os valores médios de resposta dos profissionais inquiridos e as variáveis que constituem os indicadores relativos a cada uma das dimensões do *burnout*, medidos numa escala de *Likert* em que o 0="Nunca" e o 6= "Todos os dias".

Relativamente à primeira dimensão - **exaustão emocional** -, constatamos que a pontuação média total de respostas para esta dimensão representa um valor alto (Média  $EE=28.89$ ) (tabela 7).

Se atendermos aos valores médios relativos às 9 questões, representadas no gráfico 5, observamos que se situam entre o 2 ("Todos os meses") e 3 ("Algumas vezes durante o

mês"), à exceção da declaração "Sinto-me esgotado ao fim do meu dia de trabalho", que apresenta um valor superior a 4 ("Todas as semanas").

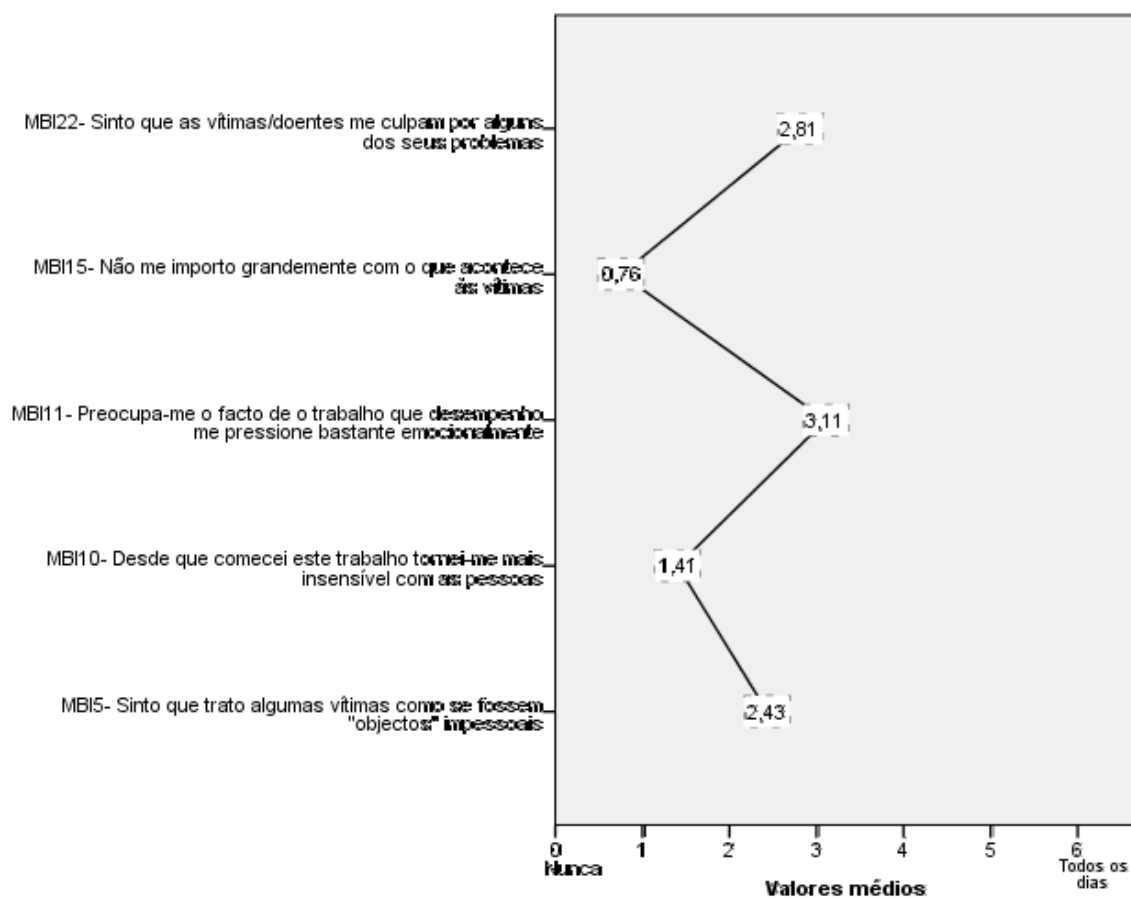
**Gráfico nº 6 - Indicadores da Exaustão emocional**



Por sua vez, na segunda dimensão do *burnout* - **despersonalização** -, como se encontra representado no gráfico 6, observa-se que o somatório das respostas nela obtidas apontam para valores de pontuação médios (Média<sub>DP</sub>=10.51) (tabela 7).

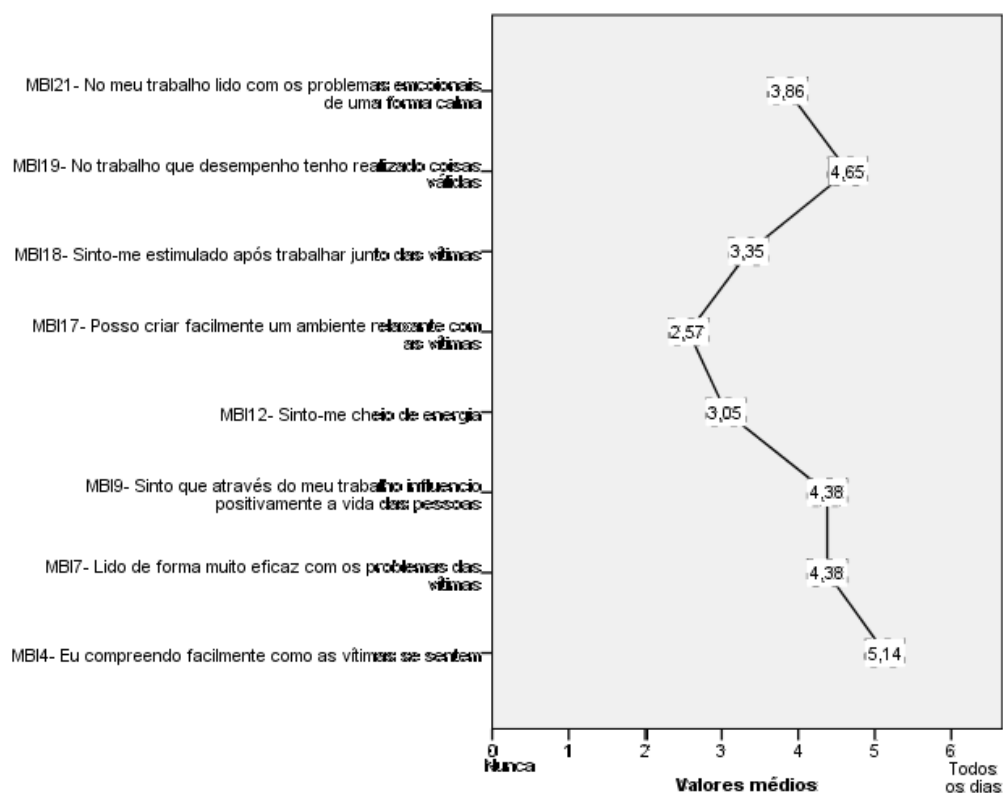
Importa ressaltar que os Enfermeiros se preocupam com o facto do trabalho por eles desenvolvido exercer elevada pressão emocional "Algumas vezes durante o mês" (score médio de 3).

**Gráfico nº 7 - Indicadores da Despersonalização**



No que se refere à terceira dimensão do *burnout* - **realização pessoal** -, representada no gráfico 7, verificamos que os enfermeiros apresentam pontuações médias (Média  $R_P=31.30$ ) (tabela 7) e que na pergunta "posso criar facilmente um ambiente relaxante com as vítimas?" a média das respostas é 2 (todos os meses).

**Gráfico nº 8 - Indicadores da Realização Pessoal**



Se analisarmos a tabela 6 verificamos que os enfermeiros apresentam um score de *burnout* mínimo de 37 e máximo de 110. Em termos médios, os sujeitos inquiridos apresentam um nível moderado de *burnout* de 70.7 (desvio padrão=15.2) e os limites deste índice na escala MBI variam entre 0 e 132 (tabela 6).

**Tabela 6 - Resultados do índice de *burnout* (MBI\_total).**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
<b>MBI_Total</b>	37	37	110	70.70	15.202
<b>N válido (de lista)</b>	37	-	-	-	-

Em suma, quando calculados os valores médios obtidos para cada uma das dimensões, verifica-se que os sujeitos pontuam elevado na dimensão exaustão emocional e médio nas dimensões despersonalização e realização pessoal (tabela 7).

**Tabela 7** - Resultados da média para as três dimensões de análise

Amostra total	Médio
Exaustão emocional	28.89
Despersonalização	10.51
Realização pessoal	31.30

**Hipótese 2:** Prevê-se que os enfermeiros com menos tempo de serviço (grupo 1) apresentem um índice de *burnout* mais elevado do que os enfermeiros com mais tempo de serviço (grupo 2).

Para testar esta hipótese importa lembrar que o índice de *burnout* é composto por três dimensões, designadamente a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal. A análise estatística realizada considerou estes três fatores e o respetivo cumprimento/violação dos pressupostos de normalidade e de homogeneidade das variâncias.

Estes foram avaliados com o teste *Shapiro Wilk* (S-W) e o teste de Levene. Verificou-se que, no teste S-W todas as dimensões apresentaram um nível de significância maior que 0.05, aceitando-se a hipótese da distribuição ser normal (SW (37)<sub>EE</sub> = 0.982;  $p=0.795$ ), (SW (37)<sub>DE</sub> = 0.967;  $p=0.339$ ) e (SW (37)<sub>RP</sub> = 0.967;  $p=0.329$ ) (tabela 5).

Quanto aos resultados obtidos no teste de Levene constatou-se que a dimensão exaustão emocional apresenta um  $p\text{ value}_{(EE)} = 0.034 < \alpha=0.05$  rejeitando-se a hipótese da homogeneidade das variâncias ( $F_{(EE)}=4.866$ ;  $p=0.034$ ) e utilizou-se como estatística para o *t-Student* a que assumiu que as variâncias não são iguais "variâncias iguais não assumidas" (tabela 9).

Recorreu-se ao SPSS (versão 22; SPSS IBM) para executar o teste e verificou-se que o grupo 1 apresenta, em média, valores de exaustão emocional de 26.63 (EPM=1.75) e no grupo 2 de 31.28 (EPM=3.04) (tabela 8).

**Tabela 8** - Resultados da dimensão EE em função da antiguidade no serviço.

	Antiguidade no SU	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
MBI_EE	"menos tempo serviço"	19	26.63	7.617	1.748
	"mais tempo de serviço"	18	31.28	12.906	3.042

De acordo com o teste *t-Student*, as diferenças observadas entre a dimensão exaustão emocional nos dois grupos (enfermeiros com menos tempo de serviço no SU e enfermeiros com mais tempo de serviço no SU) não são estatisticamente significativas ( $t(27.27) = -1.32; p=0.2$ ) (tabela 9).

**Tabela 9** – Resultado das médias da dimensão exaustão emocional do *burnout* em função da antiguidade/tempo no serviço.

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias			
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média
MBI_EE	Variâncias iguais não assumidas	4.866	0.034	-1.324	27.267	0.196	-4.646

Relativamente ao teste de Levene e ainda no que se refere a esta hipótese verificou-se que as dimensões despersonalização e realização pessoal apresentam  $pvalue > \alpha=0.05$ , aceitando-se a hipótese da homogeneidade das variâncias ( $F_{(DE)}=0.004; p=0.948$ ), ( $F_{(RP)}=0.738; p=0.396$ ) (tabelas 11) e utilizou-se como estatística para o teste *t-Student* a que assumiu que as variâncias são iguais "variâncias iguais assumidas".

Relativamente aos valores obtidos nos dois grupos, em média, observou-se que o grupo1 apresenta, um *score* mais elevado na dimensão despersonalização (Média DE novos=10.68) e mais baixo na dimensão realização pessoal (Média RP novos=31.21) do que o grupo 2 (Média DE antigos=10.33) (Média RP antigos=31.39) (tabela 10).

**Tabela 10** - Resultados das dimensões despersonalização e realização pessoal em função da antiguidade no serviço (SU).

	Antiguidade no SU	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
MBI_DE	"novos"	19	10.68	5.898	1.353
	"antigos"	18	10.33	6.535	1.540
MBI_RP	"novos"	19	31.21	5.750	1.319
	"antigos"	18	31.39	5.326	1.255

Por fim, como se comprova na tabela 11, após a aplicação do teste *t-Student*, não se registaram diferenças estatisticamente significativas ( $t_{DE}(35) = 0.17; p=0.87$ ;  $t_{RP}(35) =$

-0.1;  $p=0.92$ ) entre os dois grupos, nas dimensões despersonalização e realização pessoal em função da antiguidade no SU.

**Tabela 11** – Resultado das médias da dimensão despersonalização e da realização pessoal em função da antiguidade/tempo no serviço (SU).

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias			
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média
<b>MBI_DE</b>	Variâncias iguais assumidas	0.004	0.948	0.172	35	0.865	0.351
<b>MBI_RP</b>	Variâncias iguais assumidas	0.738	0.396	-0.098	35	0.923	-0.178

**Hipótese 3:** Espera-se que os sujeitos do género masculino (grupo 1) obtenham um valor mais elevado na dimensão despersonalização do que os sujeitos do género feminino (grupo 2).

Para verificar os pressupostos de normalidade da distribuição e da homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk*, ( $SW(10)_{\text{grupo1}} = 0.92$ ;  $p=0.38$ ;  $SW(27)_{\text{grupo2}} = 0.95$ ;  $p=0.27$ ) e ao teste de Levene ( $F_{(DE)} = 0.09$ ;  $p=0.77$ ) tendo os mesmos sido comprovados (tabelas 12 e 14).

**Tabela 12** – Resultados do teste S-W para a dimensão despersonalização, em função do género.

		Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.
<b>MBI_DE</b>	Masculino	0.923	10	0.383
	Feminino	0.954	27	0.273

Para testar a significância da diferença entre a pontuação obtida na dimensão despersonalização nos sujeitos do género masculino (grupo 1) vs. o valor da dimensão despersonalização, nos sujeitos do género feminino (grupo 2) utilizou-se um teste *t-student* para amostras independentes.



Os sujeitos do género masculino apresentam, em média, um valor de 9.50 para a dimensão despersonalização (EPM=1.78) enquanto os sujeitos do género feminino têm um valor médio de 10.89 (EPM=1.23) (tabela 13).

**Tabela 13** - Resultados da dimensão despersonalização em função do género.

	Género	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
MBI_DE	Masculino	10	9.50	5.622	1.778
	Feminino	27	10.89	6.369	1.226

Considerando o teste *t-student*, as diferenças observadas entre os valores de despersonalização dos dois grupos não são estatisticamente significativas ( $t(35) = -0.607$ ;  $p=0.55$ ) (tabela 14).

**Tabela 14** – Resultados das médias da dimensão despersonalização em função do género.

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias			
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média
MBI_DE	Variâncias iguais assumidas	0.088	0.768	-0.607	35	0.548	-1.389

**Hipótese 4:** Espera-se que os indivíduos casados (grupo 1) experimentam menos *burnout* que os indivíduos solteiros (grupo 2) e estes revelem valores mais elevados de despersonalização e de realização pessoal.

Para testar os pressupostos de normalidade na dimensão MBI total utilizou-se o teste *Shapiro-Wilk* e obteve-se um nível de significância maior que 0.05, aceitando-se a hipótese da distribuição ser normal (SW (26) grupo1= 0.96;  $p=0.4$ ; SW (7) grupo 2= 0.94;  $p=0.6$ ) (tabela 15).

**Tabela 15** – Resultados do teste S-W para o índice de *burnout* (MIB\_total), em função do estado civil.

		Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.
MBI_total	Solteiros	0.936	7	0.600
	Casados	0.960	26	0.396

No teste de Levene ( $F(2,34) = 0.182$ ;  $p = 0.83$ ) (tabela 16) comprovou-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias populacionais estimadas pois  $p\text{-value} > \alpha = 0.05$ , aceitou-se a  $H_0$  de homogeneidade e por se tratar de uma distribuição normal o resultado do teste de Levene deve ser baseado na média.

**Tabela 16** – Resultados do teste de Levene para o índice de *burnout* em função do estado civil.

		Estatística de Levene	df 1	df 2	Sig.
<b>MBI_total</b>	Com base na média	0.182	2	34	0.834

Para avaliar a hipótese de que os indivíduos casados (grupo 1) apresentam um menor índice de *burnout* do que os indivíduos solteiros (grupo 2) recorreu-se ao teste *t-Student* para  $\alpha = 0.05$  e verificou-se que, os indivíduos solteiros apresentam, em média, valores mais baixos no índice de *burnout* total que os indivíduos casados (Média  $_{\text{MBI\_total casados}} = 72.59$ ) (Média  $_{\text{MBI\_total solteiros}} = 71.29$ ) (tabela 17) e que as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas ( $t_{\text{MBI total}}(31) = -0.21$ ;  $p = 0.84$ ) (tabela 18).

**Tabela 17** - Resultados do índice de *burnout* em função do estado civil.

	Estado civil	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
<b>MBI_total</b>	Solteiro	7	71.29	15.553	5.879
	Casado/ União de facto	26	72.58	14.583	2.860

**Tabela 18** – Resultados das médias do índice de *burnout* em função do estado civil.

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias			
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média
<b>MBI_total</b>	Variâncias iguais assumidas	0.310	0.582	-0.205	31	0.839	-1.291

Para testar o nível de significância da diferença entre a pontuação obtida na dimensão despersonalização, no grupo 1 vs. a pontuação obtida na dimensão despersonalização,

no grupo 2 começou por se verificar os pressupostos de normalidade da distribuição (SW(26) grupo1= 0.95; p=0.23; SW(7) grupo 2= 0.96; p=0.84) (tabela 19) e de homogeneidade das variâncias para esta dimensão ( $F(2,34)=0.062$ ; p=0.94) (tabela 20). Visto que os mesmos foram comprovados utilizou-se o teste *t*-Student, para amostras independentes.

**Tabela 19** – Resultados do teste S-W para a dimensão despersonalização, em função do estado civil.

		Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.
MBI_DE	Solteiros	0.963	7	0.844
	Casados	0.950	26	0.233

**Tabela 20** – Resultados do teste de Levene para a dimensão despersonalização em função do estado civil.

		Estatística de Levene	df 1	df 2	Sig.
MBI_DE	Com base na média	0.062	2	34	0.940

Através da consulta das tabelas verifica-se que os sujeitos solteiros apresentam, em média, um valor de 12.43 para a dimensão despersonalização (EPM=2.26). Em oposição, os sujeitos casados apresentam, em média, um valor de despersonalização de 10.81 (EPM= 1.19) (ver tabela 21).

**Tabela 21** - Resultados da dimensão despersonalização em função do estado civil.

	Estado civil	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
MBI_DE	Solteiro	7	12.43	5.968	2.256
	Casado/ União de facto	26	10.81	6.040	1.185

Atendendo aos dados obtidos no teste *t*-Student, as diferenças observadas entre os valores médios da dimensão despersonalização nestes dois grupos, não são estatisticamente significativas [ $t_{DE}(31) = 0.632$ ; p=0.532] (ver tabela 22).

**Tabela 22** – Resultado das médias da despersonalização em função do estado civil.

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias			
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média
MBI_DE	Variâncias iguais assumidas	0.003	0.957	0.632	31	0.532	1.621

Após serem comprovados os pressupostos de normalidade e de homogeneidade das variâncias para a dimensão realização pessoal através do teste *S-W* (SW (26) grupo1= 0.96; p=0.32; SW (7) grupo 2= 0.91; p=0.38) (tabela 23) e Levene ( $F(2,34) = 0.031$ ; p=0.97) (tabela 24).

**Tabela 23** – Resultados do teste SW para a dimensão realização pessoal em função do estado civil.

		Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.
MBI_RP	Solteiros	0.908	7	0.383
	Casados	0.956	26	0.316

**Tabela 24** – Resultados do teste de Levene para a dimensão realização pessoal em função do estado civil.

		Estatística de Levene	df 1	df 2	Sig.
MBI_RP	Com base na média	0.031	2	34	0.970

Para testar se os sujeitos solteiros (grupo 2) apresentavam valores mais elevados de realização pessoal do que os sujeitos casados (grupo1) utilizou-se o teste paramétrico *t-Student*.

Verificou-se que o grupo 2 apresenta scores, em média, mais elevados (Média<sub>RP</sub> solteiros=32.43; EPM=1.92) do que grupo 1 (Média<sub>RP</sub> casados=31.15; EPM=1.10) (tabela 25) e que as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas [ $t_{RP}(31) = 0.54$ ; p=0.59] (tabela 26).

**Tabela 25** - Resultados da dimensão realização pessoal em função do estado civil.

	Estado civil	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
MBI_RP	Solteiro	7	32.43	5.192	1.962
	Casado/ União de facto	26	31.15	5.612	1.101

**Tabela 26** – Resultados das médias da realização pessoal em função do estado civil.

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias			
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média
MBI_RP	Variâncias iguais assumidas	0.012	0.915	0.541	31	0.592	1.275

### 3.2. Discussão

Os resultados alcançados e acima apresentados obrigam a que se comece a sua discussão pela constatação e evidenciação do seu desvio, relativamente a alguns dos estudos e experiências anteriores lidas e recolhidas, que foram sendo explanados ao longo deste trabalho. Este resultado revela-se algo surpreendente mas muito interessante e representa uma boa justificação para a oportunidade e pertinência deste trabalho, e uma confortante compensação pelo esforço e empenho em que assenta.

Com efeito, verificamos que na **hipótese um** era expectável que se observassem diferenças nas três dimensões do índice de *burnout* experienciado pelos enfermeiros no serviço de urgência. Contudo, ao invés do esperado, as diferenças encontradas não apresentaram significância estatística. Deve contudo salvaguardar-se que a maioria dos enfermeiros do Serviço de Urgência apresentou um nível alto na dimensão exaustão emocional (54.05%), um nível baixo na realização pessoal (59.46%) e um nível médio na despersonalização (37.84%) indicadores, esses que se situam, em termos de valores médios entre um score de *burnout* mínimo de 37 e máximo de 110, o que representa um nível moderado de *burnout* de 70.7 (desvio padrão=15.2) sendo que os limites deste índice na escala MBI variam entre 0 e 132 (tabela 6).

Ainda no âmbito da mesma hipótese importa ressaltar que na **dimensão despersonalização** uma das afirmações que teve mais pontuação, com valor 3 (Algumas vezes durante o mês) foi que os Enfermeiros se preocupam com o facto do trabalho por eles desenvolvido exercer elevada pressão emocional. Preocupação, essa que pode dever-se ao facto dos enfermeiros do SU estarem mais frequentemente expostos a situações emocionalmente exigentes e potencialmente traumáticas, tendo de lhes responder de forma eficaz e eficiente, assegurando um cuidado humanizado à pessoa em situação crítica ou de falência orgânica e aos seus significativos. Contudo e

de forma positiva, a resposta insensível e impessoal aos que recebem os cuidados ou serviços tem pouca manifestação neste serviço de urgência

Já na dimensão **realização pessoal** a pergunta "Posso criar facilmente um ambiente relaxante com as vítimas?" obteve como valor médio das respostas é 2 (todos os meses), podendo explicar-se pelo facto de existir um elevado número de doentes, quer no serviço de urgência, quer na própria estrutura física do serviço, não permitindo a criação de um ambiente relaxante entre este e o doente.

Como tal, é compreensível que estes resultados possam constituir, tal como Maslach (1993) defendia, um sinal de preocupação e alerta para situações futuras de contágio e cronicidade, traduzido, neste estudo em particular, em níveis altos na dimensão exaustão emocional que, segundo Gil-Monte (2002) reflete a incidência da síndrome de *burnout*; médios na dimensão despersonalização e baixos na dimensão realização pessoal. Gil-Monte (2002) acreditava, ainda, que esta síndrome se iniciava com sinais de esgotamento emocional e exaustão conducentes ao aparecimento da despersonalização, enquanto estratégia de defesa para os amenizar e de sentimentos de baixa realização pessoal no trabalho e baixo envolvimento pessoal. Tal como no estudo de Marôco [et. al.] (2016) podem, também ser explicados pelo facto dos enfermeiros do SU estarem, atualmente, a trabalhar em condições de trabalho mais precárias, sujeitos a uma maior sobrecarga, o que poderá predizer a incidência de *burnout* e as elevadas pontuações obtidas na dimensão exaustão emocional.

Não podemos, esquecer, contudo, outras razões para este resultado tais como: a) a inadequação do espaço físico, pois mesmo estando a estrutura física projetada para acomodar um número limitado de usuários, os serviços são obrigados a receber os utentes encaminhados, implicando maior sobrecarga mental decorrente da sensação de incerteza que gira em torno da possível desassistência ou assistência insatisfatória dos mesmos; b) exposição a problemas e preocupações dos utilizadores e acompanhantes dos serviços (dor, sofrimento, perda, pesar, morte); c) a escassez de pessoal que leva à subcarga de trabalho e a um elevado número de horas de trabalho semanal; d) o congelamento da carreira de enfermagem, não havendo progressão na mesma; e) falta de tempo para as pausas de descanso; f) ter de lidar com a agressividade dos outros e ter custo emocional e a g) falta de ajuste salarial.

Relativamente à **hipótese dois** era expectável que os enfermeiros com menos tempo de serviço (grupo 1) apresentassem um índice de *burnout* mais elevado do que os enfermeiros com mais tempo de serviço (grupo 2). Contrariamente ao esperado, as diferenças encontradas entre os valores de exaustão emocional e de realização pessoal nos dois grupos não apresentaram significância estatística. Porém, não podemos descurar que, quando comparados os dois grupos, entre si, os valores médios obtidos na dimensão exaustão emocional (Média  $EE_{antigos}$  = 31.28) e na dimensão realização pessoal (Média  $RP_{antigos}$  = 31.39) no grupo dos enfermeiros com mais tempo de serviço (grupo 2) são superiores aos do grupo de enfermeiros com menos tempo de serviço (grupo 1). Estes apresentam, em média, valores para a exaustão emocional de 26.63 e de 31.21 para a realização pessoal (ver tabelas 8 e 10).

Estes resultados, podem querer dizer que, em oposição aos estudos de Flett & Biggs, 1994 in Carvalho, 2005; Bilge, 2006 os enfermeiros com mais tempo de serviço no SU, ainda que, em determinados momentos se sintam mais tensos, mais fatigados ou desgastados, sem qualquer fonte de energia onde se possam reabastecer e incapazes de dar de si mesmo, devido ao desgaste de recursos físicos e emocionais (Maslach [et. al.], 1996), provocado pela intensidade e quantidade do seu trabalho (resultados traduzidos em valores mais elevados na dimensão exaustão emocional [tabelas 8 e 10]), na realidade sentem-se competentes, bem-sucedidos e formularam estratégias de *coping* mais eficazes para suportar a tensão subjacente, tornando-se mais resilientes, o que se reflete em valores de realização pessoal, em média, mais elevados. Quanto aos enfermeiros mais novos no SU e por apresentarem perspectivas de desenvolvimento profissional, conseguem formular estratégias efetivas de *coping* para lidar com o *stress* ocupacional, não se sentindo incapazes (Média  $DE_{novos}$  = 10.68 e Média  $RP$  = 31.21), nem desmotivados e, como tal, não questionam, nem o seu trabalho, nem a sua formação que se traduz, como se poderá compreender, na ausência de índice de *burnout* significativo.

Outra explicação para a inexistência de diferenças significativas, quando comparados os dois grupos, poderá residir, como lembra, Galindo, [et. al.], 2012 no facto de aqueles mais antigos na profissão (grupo 2) que estavam insatisfeitos com o trabalho e tiveram oportunidade de mudança, terem seguido outros caminhos (pedidos de transferência de serviço, por exemplo) para evitar as repetições de rotinas, a monotonia e o ambiente de stress em que vivem.

Na **hipótese três** esperava-se que os sujeitos do género masculino (grupo 1) pontuassem estatisticamente mais elevado na dimensão despersonalização do que os sujeitos do género feminino (grupo 2). No estudo feito as diferenças encontradas entre os valores de despersonalização nos dois géneros ( $t(35) = -0,61$ ;  $p=0,55$  (ver tabela 14), sendo os valores médios obtidos para os dois grupos de Média  $_{DE\ grupo2}=10.89$  e Média  $_{DE\ grupo1}=9.50$ ) (tabela13). Estes resultados podem indicar que: 1) contrariamente às ideias defendidas por Olson et al., 1983; McGoldrick, 1995; Maslach e Jackson, 1996; Turner, e Avinson, 2003 in Batista, 2003, os processos de socialização nem sempre têm interferência no índice de *burnout* verificado, nos homens e nas mulheres. Isto é, as diferenças encontradas não podem ser explicadas pelos processos de socialização para o género masculino e feminino e pelos perfis e requisitos das diferentes profissões e 2) em oposição às palavras de Galindo, [et. al.], 2012, as mulheres atualmente têm facilidade em gerir as emoções no contacto com o outro, daí assumirem, maioritariamente o papel de cuidadora; têm capacidade em gerir as duplas jornadas de trabalho (cuidados do lar e desempenho profissional) e já não usam como mecanismos de defesa básicos a negação e a repressão: não negam e tentam perceber as suas frustrações, o seu mal-estar e a exaustão, conseguindo, deste modo, ultrapassar os seus próprios limites em cada um dos múltiplos papéis que desempenham na vida. Deste modo, não são mais vulneráveis ao aparecimento do *burnout* que os homens, como se inicialmente se previa.

Quanto à **hipótese quatro** previa-se por um lado, que os indivíduos casados (grupo 1) experimentam menos *burnout* que os indivíduos solteiros (grupo 2) e, por outro lado, que estes revelassem valores mais elevados de despersonalização e de realização pessoal. Porém, não se verificaram diferenças significativas no índice de *burnout* relativo a esses dois grupos ( $t_{MBI\_total}(31) = -0.21$ ;  $p=0.84$ ) (ver tabela 16), bem como não se evidenciaram diferenças, no grupo 2, no que toca à dimensão despersonalização ( $t_{DE}(31) = 0.63$ ;  $p=0.53$ ) (ver tabela 19) e realização pessoal ( $t_{RP}(31) = 0.01$ ;  $p=0.54$ ) (ver tabela 22). Os resultados alcançados demonstram, ainda, que quando comparados os valores médios destes dois grupos, os seus scores são bastante próximos. A média da despersonalização para os sujeitos casados é de 10.81 e para os sujeitos solteiros, é de 12.43 (ver tabela 18). O valor médio dos sujeitos casados, na dimensão realização pessoal é de 31.15 e nos solteiros o valor é de 32.43 (ver tabela 21). Por fim, os sujeitos casados obtiveram, em média, um valor total no índice de *burnout* de 72.58 enquanto os sujeitos solteiros apresentaram um valor de 71.29 (ver tabela 15).



Assim, ainda que não se verifiquem interferências da variável estado civil, no índice de *burnout* total, bem como nas dimensões despersonalização e realização pessoal em contraste com os estudos de Tavares, [et. al.], 2014; Oliveira e Pereira, 2012, e as hipóteses de Gil-Monte & Peiró, 1997 não se pode ignorar que os sujeitos casados apresentam, em média, valores mais altos no índice de *burnout* (Média  $_{MBI\_total}$  casados=72.58; EPM=2.86) (tabela17) um valor de 10.81 na dimensão despersonalização (EPM=1.86) (tabela 21) e de 31.15 na dimensão realização pessoal (EPM=1.1) (tabela25). Opostamente, os sujeitos solteiros apresentam, em média, um valor de 71.29 no  $_{MBI\_total}$  (tabela 17), um valor de despersonalização de 12.43 (EPM=2.26) e 32.43 de realização pessoal (EPM=1.96) (tabelas 21 e 25).

Deve atentar-se que a amostra deste estudo é constituída, maioritariamente por sujeitos casados (N=26) o que pode significar que, na sociedade atual, as famílias para além do emprego, acarretam preocupações e responsabilidades com a casa, com os filhos, com o cônjuge, entre outros, o que contribui para um maior desgaste emocional físico e psíquico, conducente ao aparecimento de situações de *burnout*. Por sua vez, e minoritariamente os indivíduos solteiros (n=7 - ver tabela 17) ainda que não recebam apoios do cônjuge, a verdade é que revelam aptidões e competências para lidar com as situações adversas da vida sem que, para isso, questionem o trabalho por eles desempenhado.

Estamos, pois, confrontados com uma divergência, ou um desvio, ou um afastamento entre o esperado e os resultados encontrados, com base nos estudos que serviram de alicerce para a construção das hipóteses de investigação, e os resultados obtidos e conclusões que podem extrair-se deste estudo feito aos Enfermeiros do Serviço de Urgência.

Essa diferença constitui um dos aspetos mais salientes e importantes deste trabalho e exige, consequentemente, o tratamento científico adequado. Torna-se necessário encontrar a explicação ou a justificação dessa situação, de modo que as razões e conclusões encontradas possam ter utilidade para o desenvolvimento de estudos e a busca de soluções e futuros, nesta matéria e neste caso particular.

Nesse sentido deverá, desde logo, questionar-se a correção do modo de realização do estudo. Nesse tocante terá de reconhecer-se a existência de algumas limitações.

Por um lado, o facto de se tratar de uma amostra de espectro reduzido (N=37) e muito específica, o que se deveu à circunstância particular de ser constituída, apenas, por enfermeiros do serviço de urgência com mais de um ano de funções nesse mesmo serviço. Assim sendo, não foi possível testar se os sujeitos com maior número de filhos (e casados) apresentavam, de acordo com as teorias de Maslach, Leiter e Jackson (1996), uma maior maturidade, um estilo de vida mais saudável, uma perspetiva laboral diferente – características que moderariam os valores de exaustão emocional e de despersonalização e valorizariam os sentimentos de realização pessoal. Porque, em oposição, os indivíduos sem filhos, na opinião de Maslach, Leiter e Jackson (1996), usam o trabalho como fonte de vida social e comprometem, sucessivamente, as relações com as pessoas no contexto laboral e aumentam o risco de *burnout*.

Também por não existir um número elevado de sujeitos na amostra, não foi possível testar, tal como indica Maslach, Leiter e Jackson (1996), se os sujeitos com baixo nível educacional apresentam valores elevados de despersonalização, enquanto os sujeitos com elevado nível educacional, apresentam valores superiores nas dimensões exaustão emocional e realização pessoal.

Para terminar, outro fator limitativo poderá ser explicado pelo facto de, atualmente, a situação da profissão de enfermagem se encontrar estagnada, tendo os enfermeiros com mais tempo de serviço já vivenciado uma conjuntura melhor do que a atual assistindo, assim, à sua desvalorização no decurso dos anos e sentindo-se cada vez mais desanimados face a essa mesma conjuntura.

Apesar de tudo, entendemos que estas limitações poderão não bastar para fundamentar, por si só e de forma completa, as diferenças encontradas e que, agora, são objeto especial desta discussão.

Consideramos que o cerne da questão poderá estar nas características especiais da população-alvo do estudo e nas particularidades e condições do serviço em que desenvolvem a sua atividade. Nessa perspetiva, o que se nos afigura essencial é proceder à análise comparativa dessa população e dessas condições com os estudos já desenvolvidos e que serviram de base para a elaboração e, em grande medida, fundamentação do presente estudo. É que, efetivamente as diferenças entre os resultados esperados e os resultados alcançados, acabaram por se tornar determinantes.

Em primeiro lugar, o elevado grau de intensidade, pressão e responsabilidade que é inerente à atividade desenvolvida pelos profissionais em causa. E, em segundo lugar, o facto de o serviço de urgência implicar o cuidado à pessoa que se encontra a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, como resposta às necessidades afetadas e a manutenção das suas funções básicas de vida, prevenindo complicações, limitando incapacidades e tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento nº 127/201., in Decreto-Lei nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011).

Exige-se, deste modo, a estes profissionais, elevado grau de qualificação, observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº 127/201., in Decreto-Lei nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011).

Por isso e tal como defendia Gil-Monte (2003), se tem apostado, cada vez mais, na formação aos profissionais, necessária para adquirirem os conhecimentos, os perfis, as competências, as aptidões e a preparação a nível psicológico que lhe é exigida, pelo tipo de serviços que prestam o que poderá também contribuir para explicar a aceitação do desenvolvimento deste estudo e os resultados nele encontrados.

Perante o elevado grau de exigência e responsabilidade com que se confrontam é evidente que sejam seleccionadas, para estas funções, apenas pessoas com especial motivação e aptidão, porventura natural, escolhem, aderem a esta profissão e superam as dificuldades inerentes.

Portanto, considero que estamos perante uma atividade, um serviço, uma função muito específica e especializada, ou seja, que não obedece aos padrões de normalidade comuns às atividades que, habitualmente são consideradas nos estudos já desenvolvidos sobre esta matéria.

Além disso, e com relativa importância, o serviço de urgência apresenta uma estrutura física degradada, limitada em termos de espaço físico e insuficiente para dar resposta às constantes solicitações e número crescente de afluências de doentes ao serviço. Como tal, é compreensível que constitua um dos fatores de desgaste, de fadiga, de falta de energia e cansaço dos enfermeiros, traduzido em pontuações elevadas na dimensão exaustão emocional.

Por essa razão, surgem mais baixas médicas, mais ausências ao trabalho, pedidos de transferência/mobilidade de serviço tornando-se necessária a contratação de novos profissionais para colmatar essa falhas. Desta forma, os inquiridos com mais anos de serviço estão separados dos mais novos, por mais de 20 anos verificando-se diferenças que habitualmente, noutras situações, se perscrutam entre profissionais com uma experiência de longa data, de várias dezenas de anos de antiguidade e os admitidos recentemente.

Por outro lado, o grupo etário dos profissionais-alvo deste estudo é marcado por falta de uniformidade. A idade dos elementos da amostra surge, também, como um fator a valorizar enquanto precipitante da síndrome de *burnout*.

Outra faceta importante destes profissionais-alvo é serem pessoas com plena consciência e especial gosto pelo risco, dificuldade e responsabilidade, com que se deparam constantemente. Acresce o aspeto, já referido, de serem pessoas especialmente habilitadas e preparadas para as suas funções, com estilos de confrontação eficazes, assertivos e, conseqüentemente, menos sujeitas aos fatores que possam afetá-las (Abalo & Roger, 1998., in Carvalho, 2005).

Deverá ainda atentar-se que a intervenção realizada em situação crítica é feita em cima do acontecimento, exigindo rapidez, eficiência e encurtamento da resposta, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica do doente. Situação que pode justificar, pelo seu grau de exigência pessoal, as pontuações elevadas na dimensão exaustão emocional, sem que as mesmas interfiram com a qualidade e humanidade dos cuidados prestados, daí as pontuações na dimensão despersonalização serem médias.

Outro aspeto que atualmente pode ter aumentado o stress sentido por estes profissionais do SU, e, conseqüentemente, poderá conduzir ao surgimento de *burnout*, é a realização de turnos de 8h, em substituição dos anteriores turnos de 12h. Na verdade, tal como refere Estevão (2006), o trabalho por turnos e noturno cria conflito com os ritmos biológicos humanos e dificuldades na adequação da vida social e familiar. Como tal, acaba por existir menor flexibilidade de horários e menos tempo livre para estar com a família já que têm de completar as horas semanais legalmente exigidas e substituir os elementos que se encontram de baixa médica, demonstrando mais cansaço, falta de energia e desgaste.

De tudo o que tem vindo a expor-se, e salvo melhor opinião, pode considerar-se que as diferenças encontradas neste estudo, comparativamente com os demais já existentes e conhecidos, radicam nestas especificidades pessoais dos técnicos em causa, da respetiva formação e das especiais características da sua atividade e do serviço em que estão inseridos. Deste modo, a comparação entre o índice de *burnout*, nesta amostra, e os resultados anteriormente disponíveis, faz ressaltar a diferenciação dos fatores e dos métodos de trabalho, dado o caráter único e específico deste tipo de funções e do perfil dos profissionais selecionados para as executar.

## **Conclusões**

O trabalho aqui apresentado incidiu sobre os Enfermeiros do Serviço de Urgência e visou investigar, analisar e fornecer os resultados possíveis sobre o índice de *burnout* e a interferência das variáveis antiguidade no serviço, género e estado civil, neste mesmo índice. Naturalmente, para esse efeito, recorreu-se aos estudos, teorias e métodos antes aplicados e publicados, que foi possível conhecer, numa recolha efetuada sobre a matéria.

Para o desenvolvimento do estudo, optou-se pela utilização do questionário sociodemográfico e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Uma vez efetuada a recolha de todos os dados passou-se à sua análise e interpretação para extrair as conclusões possíveis, quer em relação especificamente aos profissionais alvo do estudo, quer por comparação com os referidos estudos anteriores, para também se aferir do ajustamento destes à realidade agora objeto de estudo.

Perante os resultados deste constatou-se, então, a existência de diferenças entre os resultados alcançados com esta população-alvo e aqueles que seriam previsíveis, de acordo com os estudos anteriores. Isto é, o estudo e os seus resultados, revelaram-se originais, dissonantes e, em alguns aspetos, até contraditórios com as bases científicas que lhe estiveram na origem. Essa novidade dos resultados tornou este trabalho ainda mais interessante, oportuno e útil, abrindo pistas novas de investigação e análise e estimulando o aprofundamento dos estudos.

Confrontados com as discrepâncias referidas a primeira preocupação foi, naturalmente, problematizar a correção e o rigor do modo de realização do trabalho de pesquisa, em causa.

A esse respeito verificaram-se algumas limitações nomeadamente: a) o reduzido espectro da amostra de estudo (N=37); b) o seu carácter específico e, de certo modo, restritivo, o que deveu à circunstância particular de ser constituída, apenas, por enfermeiros do serviço de urgência com mais de um ano nesse mesmo serviço; c) utilização do MBI original e d) o facto de atualmente a situação da profissão de enfermagem se encontrar estagnada podendo ser um fator conducente ao aparecimento de sentimentos de desânimo, frustração e desmotivação profissionais.

Pode então referir-se que as diferenças nos resultados poderão assentar nas características pessoais e de formação dos profissionais-alvo nas especificidades internas da atividade desenvolvida e do serviço prestado.

Com efeito trata-se de um serviço e uma atividade singular e específica, de profissionais com idades variadas e polarizadas, isto é jovens elementos e elementos mais velhos (mais de 21 anos de serviço). A experiência acumulada do serviço e dos profissionais é consequentemente elevada, principalmente nos enfermeiros que desempenham funções há mais anos. Em relação aos vários enfermeiros, estes são de uma extração especialmente voluntariosa e motivada e dispõe de formação adequada de elevada exigência e qualificação (especialidade, mestrado, pós-graduação nas áreas da urgência, emergência e doente em situação crítica).

Pelo que somos levados a pensar que os resultados conhecidos dos métodos habitualmente utilizados poderão não ter total aplicação nesta população-alvo e, em relação à mesma, é importante reformular conceitos e princípios.

É absolutamente indispensável aproveitar os resultados que foram obtidos neste estudo, considerá-los em devida conta e explorar, ao máximo, as possibilidades de conhecimento e de investigação que eles justificam e potenciam.

Desde logo seria pertinente continuar a desenvolver estudos neste âmbito, com populações de maiores dimensões, não só para aprofundar as hipóteses inicialmente colocadas; como para colmatar as limitações apontadas neste estudo; não somente para se procurar obter a confirmação dos resultados e conclusões deste trabalho; mas, também, para explorar todas as possibilidades abertas pela novidade e interesse das matérias e do sector analisados e demonstrar o inesgotável campo de ideias, populações e teorias que enfrentam todos quantos se interessam e têm responsabilidades neste assunto, ajudando na delineação de algumas estratégias preventivas.

Por outro lado, alargar este estudo a outros profissionais deste mesmo serviço, designadamente administrativos, assistentes operacionais, psicólogos, assistentes sociais, médicos e com uma representação equitativa relativamente ao género.

Neste seguimento, estando a qualidade do cuidado prestado diretamente relacionada com o bem-estar do profissional que presta assistência poderia, apesar de ainda não estar instalado o síndrome de *burnout*, sugerir-se a criação de medidas e/ou estratégias que visassem garantir melhores condições de trabalho, minimizando o desgaste físico e emocional, tais como: a) remodelações na estrutura física do SU; b) organização dos espaços; c) alteração do número de horas por turno; d) encaminhamento para consultas de psicologia; e) desenvolvimento de formação e ações de sensibilização para os profissionais e para os dirigentes institucionais e/ou empresariais sobre a natureza e ocorrência do stress e/ou *burnout*; f) criação de reuniões informais (espaço para expressão de sentimentos e emoções, relativos a casos clínicos); g) organização de encontros e/ou convívio extra serviço (atividades de grupo, desportivas, de lazer); i) realização de sessões de terapias de grupo com apoio profissional (gestão de conflitos, psicoterapia de grupo, relaxamento), entre outras.

Importa igualmente referir que a prevenção da síndrome *de burnout*, não depende, apenas, do indivíduo mas, também, da organização na qual o mesmo se encontra inserido. É, pois, imperativo pensar que não devemos somente “sobreviver” no trabalho mas sim fazer do trabalho uma fonte de saúde e realização. Neste sentido, teremos de iniciar um processo de mudança pessoal e institucional, com propostas construtivas e participativas, ou, se os nossos ambientes são mais fechados e resistentes, administrar a própria saúde e buscar aliados para iniciar um movimento que conduza à construção de espaços mais saudáveis no contexto de trabalho.





## **Bibliografia e Referências bibliográficas**

### **Bases de dados consultadas e os descritores utilizados**

- **RCAAP:** Repositório Científico de Acesso Aberto a Portugal

ALVES, Laura Filipa Águia - **Burnout em Enfermeiros dos Cuidados Continuados**. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, Outubro 2012. Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados.

ANTONIAZZI, Adriane Scomazzon., DELL'AGLIO., Débora Dalbosco & BANDEIRA., Denise Ruschel R. D - O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**. ISSN 1678-4669.Vol. 3, nº 2 (1998), p. 273-294.

ASCENÇÃO, Daniela Salvado - **Burnout nos Enfermeiros em Cuidados Paliativos**. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco, Setembro 2013. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos

AZEVEDO, Mário - **Teses, relatórios e trabalhos escolares: sugestões para a estruturação da escrita**. (5ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006. ISBN 9789725402986.

BARRICK, Kirby - Burnout and job satisfaction on vocational supervisors. **Journal of Agricultural Education**, 1989; p. 35-41.

BARBOZA, Juliana Inhauser Riceti & BERESIN, Ruth - A síndrome de burnout em graduandos de enfermagem. **Einstein** 5, (3) (2007), p. 225-230.

BATISTA, E - **Stress e burnout em profissionais de saúde que trabalham com indivíduos portadores de deficiência mental profunda**. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2003. Tese de dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica.

BECK, Aaron, & YOUNG, Eric Jr. - Depression. In BARLOW, David, H. (Ed.), **Clinical Handbook of psychological disorders**. New York: Guilford Press, 1985. ISBN-13: 978-1-59385-572-7, p. 206-244.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria - O estado da arte do burnout no Brasil. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, nº 1, (2003). p. 4-11.

BEZERRAL, Rosemeire Pereira & BERESIN, Ruth - A síndrome de *burnout* em enfermeiros da equipe de resgate pré-hospitalar. **Einstein**. São Paulo. nº 7, (2009), p. 351-356.

BEKKER, M. [et. al] - Child care involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absences. **Work & stress**, nº 19, (2005), p. 221-237.

CARLOTTO, Mary Sandra - Burnout e o trabalho docente: consideração sobre a intervenção. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, vol 7, nº 1, (2003), p. 12-18.

CARLOTTO, M. S. & SILVA, T. D. - Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. **Revista SBPH**, nº11, (2008), p. 113-130.

CARLOTTO, Mary Sandra. - Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho: um estudo com professores universitários. In Benevides-Pereira, A. M. T. (Org.), **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**, 2003. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CARLOTTO, Mary Sandra., & Câmara, S. G - Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory – student survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. **Psico-USF**, 11, (2), (2006), p. 167-173.

CARLOTTO, Mary Sandra, & Gobbi, Maria Dolores - Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? **Aletheia**, nº 10, (1999), p. 103-114.

CARLOTTO, Mary Sandra., & Sheila, Gonçalves Câmara - Análise factorial do Maslach burnout inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em estudo**, 9 (3), (2004), p. 499-505.

CARVALHO, Jorge Manuel - **(In)Satisfação profissional e burnout em professores e enfermeiros**. Coimbra: Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2005. Dissertação de Mestrado.

CARVALHO, Pedro Rodrigues Cortês & SÁ, Luís Octávio - **Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional quality of life 5”**. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.14/8918>.

CHAN, B.K., LAI, G., KO, C.Y., & BOEY, K. W. - Work stress among six professional groups: The Singapore experience. **Social Science and Medicine**, 50, (2000), p. 1415-1432.

CHERNISS, Cary - **Professional burnout in the human service organizations**. 1980. New York: Praeger. ISBN: 0275904628 9780275904623 9780030569128 0030569125.

COLMAN, Andrew - **Oxford dictionary of psychology** (2<sup>a</sup> ed.). New York: Oxford University Press. 2006.

CORDON, I. (1997). Stress. Consultado em Janeiro de 2017, em <http://www.csun.edu/~vcpsy00h/students/stress.htm>.

CORDES, Cynthia & DOUGHERTY, Thomas - A review and integration of research on job burnout. **Academy of Management Review**, nº 18, (1993), p.621-656.

CRUZ, Bárbara Sofia Pires - **Burnout e Fadiga por Compaixão em Enfermeiros Portugueses**. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2014. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivo Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde.

DEMEROUTI, Evangelia., BRAKKER, Arnold., NACHREINER, Friedhelm & SCHAUFELI, Wilmar - A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. **Journal of advanced Nursing**, nº 32 (2), (2000), p. 454-464.

DELBROUCK, Michel - **Síndrome de Exaustão (Burnout)**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 972-796-228-9.

Despacho nº 18459/2006. **DR II. Série** (12/09/2006) 18611.

DIAS, S. & QUEIRÓS, Cristina - Burnout e engagement em Enfermeiros portugueses. **Saúde e Qualidade de vida**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida. (2011), p. 300-308. ISBN: 978-989-96103-5-4.

DORON, Roland & PAROT, Françoise - **Dicionário de Psicologia**. 1<sup>o</sup> Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN 972-8449-70-4.

EDELWICH, Jerry, & BRODSKY, Archie - **Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions**. New York: Human Sciences Press, 1980.

EDITH, Anna Auto-eficácia e burnout - **Revista Eletrônica InterAção Psy**, nº 1, (2003), p. 33-67.

ESCOT, C., ARTERO, S., GANDUBERT, C., & BOULANGER, J. P. - Stress levels in nursing staff working in oncology. **Journal of the International Society for the Investigation of Stress**, 17, (2001), p. 273-279.

ESTEVÃO, C. - Enfermagem: profissão de stress. **Nursing**. Ano 16, n.º 215 (2006), p. 34-39.

FARBER, B. A. Inconsequentiality – The key to understanding teacher burnout. In VANDERBERGUE, R. & HUBERMAN, M. A. (Eds.), **Understanding and preventing teacher burnout: a source book of international practice and research** Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

FARRINGTON, Hugh & BRITTON, Peter - **Burnout, absence and turnover amongst British nursing staff**. *Journal of Occupational Psychology*, nº 62, 1989, pp. 55-59.

FONTE, Cesaltino Manuel Silveira - **Adaptação e validação para português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Agosto 2011. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde.

FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, Edições técnicas e científicas, 2006. ISBN 978-972-8383-10-7.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FILLION, Lise., TREMBLAY, Isabelle., TRUCHON, Manon., CÔTÉ, Denis., STRUTHERS, C. Ward & DUPUIS, Réjeanne - Job satisfaction and emotional distress among nurses providing palliative care: Empirical evidence for an integrative occupational stress-model. **International Journal of Stress Management**, Vol 14, nº 11, (2007), p. 1-25.

FRANÇA, Salomão Patrício de Souza [et. al.] - Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. **Acta Paul Enfermagem**. nº 25 (1), (2012), p. 68-73.

FREUDENBERGER, Herbert - Staff Burn-Out. **Journal of Social Issues**, nº 30, (1974), p. 159-165.

FREUDENBERGER, Herbert - The staff burn-out syndrome in alternative institutions. **Psychoanalytic Review**, nº 66, (1975).

GIL, António Carlos – **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1995. ISBN: 978-85-224-5142-5.

GIL-MONTE Pedro - El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout) en Profesionales de Enfermería. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, nº1, 2003, p. 19-33.

GIL-MONTE, Pedro & PEIRÓ, José - **Desgaste Psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse**. Madrid: Síntesis, 1997.

GIL-MONTE, Pedro, VALCÁRCEL, Pilar, & ZORNOZA, Ana - Role stress: burnout antecedent in nursing professionals. In J. M. Peiró, F. Prieto, J. L. Meliá., & O. Luque (Eds.), **Work and organizational psychology: European contributions of the nineties**. UK: Erlbaum (UK) Taylor & Francis, 1995, p.77-87.

GLASS, Daniel & Mcknigh, Daniel - Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 61, (Nº1), (1993), p. 147-155.

GOMES, Rui., CABANELAS, Susana., MACEDO, Valdemar., PINTO, Cristina & PINHEIRO, Luzia - **Stresse, "Burnout", Saúde Física, satisfação e Realização em Profissionais de saúde: Análise das Diferenças em Função do Sexo, Estado Civil e Agregado familiar: Actas do Congresso Família, Saúde e Doença, 2, Braga, 2008**. Braga: Universidade do Minho, 2008, vol. 4, p. 178-192.

GRAZZIANO, Eliane & FERRAZ, Bianchi - Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros. **Enfermaria Global**. Murcia. nº 18, (2010), p. 1-20. ISSN 1695-6141.

JACKSON, Susan., & SCHULER, Randall - **Preventing Employee Burnout**. AMACOM Periodicals Division, American Management, 1983.

LAVRADOR, V. e ROMÃO, R. - **Síndrome de Burnout. Retrato de um Serviço de Hematologia**, 2007.

LAZARUS, Richard - Some principles of psychological stress and their relation to dentistry. **Journal Dental Research**, nº 45, (1966), p. 1620-1626.

LAZARUS, Richard., & LAZARUS, Bernice - **Coping with aging**. New York: Oxford University Press. (2006).

LEE, R.T. e ASHFORTH, B.E. - A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. **Journal of Applied Psychology**. nº 81, (1996), p.123-133.

LEITER, M., & MASLACH C. - **The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it**. San Francisco: Jossey-Bass, 1997. ISBN 0-7879-0874-6.

MARCÔO, João [et. al.] - Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: uma análise a nível nacional. **Revista Científica da Ordem dos Médicos** 29 (1), (2016), p. 24-30.

MARÔCO, João - **Análise estatística com o SPSS Statistics. 6º Edição**. ReportNumber Análise e Gestão de Informação, Lda., 2014. ISBN:978-989-96763-4-3.

MARÔCO, João. - **Análise estatística com utilização do SPSS. 3º Edição**. Lisboa: Edições Sílabo, 2007, ISBN:978-972-618-452-2.

MASLACH, C., & LEITER, M. - How to deal with burnout? **Annual Review of Psychology**, nº 52, (2001).

MASLACH, C., & JACKSON, S. - The measurement of experienced burnout. **Journal of occupational behavior**, nº 2, (1981), p. 99-113.

MASLACH, C., JACKSON, S. E., & LEITER, M. P. - **Maslach Burnout Inventory Manual**. (3ªed). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1996.

MINTZBERG, H. - **Estrutura e dinâmica das Organizações**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1999. ISBN: 9789722040006.

MULLER, D. - **A síndrome de burnout no trabalho de assistência à saúde: estudo junto dos profissionais da equipe de enfermagem do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. Dissertação de Mestrado.

MURCHO, Nuno Álvaro Caneca - **Burnout e Absentismo Laboral em Enfermeiros**. Faro: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Algarve, 2006. Dissertação de Mestrado em Psicologia na especialização em Psicologia da Saúde.

MURCHO, Nuno Álvares., Jesus, Saul Neves., & Pacheco, José Eusébio Palma - A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Vol 11, nº 1, (2010), p. 20-40.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica**, Ordem dos Enfermeiros sem n.º./Outubro de 2010, 1-4.

PEREIRA, Sandra Martins Pereira [et. al.] - Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência. Acta Paul Enfermagem**. Série IV – nº. 3 Nov/Dez (2014); pp. 55-64. ISSN: 2182.2883; ISSNp: 0874.0283.

PEREIRA, Alexandra - **SPSS Guia Prático de utilização**. (4ª Edição). Lisboa, Edições Sílabo, 2003. ISBN: 972-618-296-4.

PINES, A. M. Burnout. In GOLBERG., L. & BREZHNITZ., S. (Eds). **Handbook of stress: theoretical and clinical aspects** . New York: Free Press. 1993. p. 386-402.

PIRES, Bárbara Sofia - **Burnout e Fadiga por Compaixão em Enfermeiros Portugueses**. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2014. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Sub-Área de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde.

PIRES, Sandra; MATEUS, Rosa & CÂMARA, Jorge - Síndrome de Burnout nos Profissionais de saúde de um centro de atendimento a toxicodependentes. **Revista toxicoddependências**, Edição IDT, vol. 10, nº 1, (2004), p. 15-23

POTTER, Caroline - To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: a review of literature - **Australian Emergency Nursing Journal**, nº 9, p. 57-64.

QUEIRÓS, P. J. P. - Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. Coimbra. **Edições Sinais Vitais**, 2005.

Regulamento n.º 124/2011. **DR II Série**. 35 (18/02/2011). 8656-8657.

RICHARDSON, Roberto Janny [et. al.,] – **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1989. ISBN: 978-85-224-2111-4

SCHAUFELI, Wilmar., & BUUNK, Bram - Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In SCHABRACQ, Marc, WINNUUBST, Jacques. & COOPER, Cary. (Ed) - **The handbook of work and health psychology**. England: John Willey & Sons, 2003. p. 382-419.

SCHAUFELI, Wilmar., MASLACH, Christina., & MAREK, Tadeusz - **Professional burnout: recent developments in theory and research**. Philadelphia: Taylor & Francis, 1993. ISBN: 1560326832 9781560326830.

SCHAUFELI, Wilmar e ENZMANN, Dirk - **The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis**. London: Taylor & Francis, Ltd. 1998. ISBN: 0-7484-0697-2.

SIMÕES, Pedro - **Burnout dos enfermeiros nos serviços de saúde pública em Portugal: um estudo de caso na saúde 24 Porto**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Escola de Saúde Pública, Julho 2012. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

SPOONER-LANE, R. - **The influence of work stress and work support on burnout in public hospital nurses**. Queensland: University of Technology, 2004. Dissertação de Doutoramento.

TARIS, Toon., LE BLANC, Pascale., SCHAUFELI, Wilmar., & SCHREURS, Paul - Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. **Work & Stress**, 19, (3), (2005), p. 238-255.

TELES, Maria de Jesus Godinho - **Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência**. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa - ISCTE Business School, Abril 2011. Projeto de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde.

TRIGO, Telma Ramos., Teng Chei Tung. & HALLAK., Jaime Eduardo Cecílio - Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista Psiquiatria Clínica**, Vol. 34, nº 5, (2007), p. 223-233.

VICENTE, Carla S.; OLIVEIRA, Rui Aragão e MAROCO, João - Análise fatorial do inventário de *burnout* de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. 14 (1), (2013), p. 152-167. ESSN - 2182-8407.



VOLPATO, Daiane Cristina. C. [et. al.,] - Burnout em profissionais do Maringá. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, nº1, (2003), p. 102-111.

WENZEL, L., GLANZ, Karen, & LERMAN, C. - Stress, coping and health behaviour. In GLANZ, Karen, RIMER, Barbara, & F. M. Lewis (Ed.) - **Health behaviour and health education** (3<sup>a</sup> ed). San Francisco, Jossey-Bass: a Wiley Imprint, 2002. p. 210-233. ISBN 978-0-7879-9614-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: staff *burnout***. Geneva: WHO, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Statements on the *burnout* syndrome among physicians. Germany:** European Forum of Medical Associations, 2003.

WRIGHT, Stephen, G. - Burnout: a spiritual crisis. **Nursing standard essential guide**, V.19, nº 46, (2005), p. 1-24.

ZELLMER, Debra Damn - Teaching to prevent burnout in the helping professions. **Analytic teaching**, Vol. 1, nº 24, (2002).

ZALAUQUETT, Carlos. P., & Wood, Richard. C. - **Evaluating stress: a book of resources**, 1997. London: The Scarecrow Press Inc. p. 191-218. ISBN-13: 978-0810832312.



---

---

## **ANEXOS**



## ANEXO I

### *Maslach Burnout Inventory (MBI)*





## MBI

### (Maslach Burnout Inventory)

(Wilmar N. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach and Susan E. Jackson, 1996.)

Traduzido por: Batista, E., 2001.

#### INSTRUÇÕES

Cada uma das afirmações que a seguir são apresentadas refere-se ao seu trabalho e à maneira como se sente no emprego. Pedimos a sua colaboração no sentido de responder a este questionário de forma honesta e espontânea. Não há respostas certas ou erradas; a resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência.

O objetivo deste questionário é contribuir para o conhecimento das suas condições de trabalho e nível de satisfação.

Em cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando com uma cruz (X) no quadrado respetivo. Assinala, apenas, um quadrado em cada resposta.

Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

1. Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho

0	1	2	3	4	5	6

2. Sinto-me esgotado ao fim do meu dia de trabalho

0	1	2	3	4	5	6

3. Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho

0	1	2	3	4	5	6

4. Eu compreendo facilmente como os doentes se sentem

0	1	2	3	4	5	6

5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem “objetos” impessoais

0	1	2	3	4	5	6

6. Trabalhar com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante

0	1	2	3	4	5	6

Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

7. Lido de forma muito eficaz com os problemas dos doentes

0	1	2	3	4	5	6

8. O meu trabalho deixa-me exausto

0	1	2	3	4	5	6

9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das pessoas

0	1	2	3	4	5	6

10. Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível com as pessoas

0	1	2	3	4	5	6

11. Preocupa-me o facto de o trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente

0	1	2	3	4	5	6

12. Sinto-me cheio de energia

0	1	2	3	4	5	6

13. Sinto-me frustrado com o trabalho que realizo

0	1	2	3	4	5	6

14. Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego

0	1	2	3	4	5	6

15. Não me importo grandemente com o que acontece aos doentes

0	1	2	3	4	5	6

16. Trabalhar diretamente junto e com pessoas causa-me muito stress

0	1	2	3	4	5	6

17. Posso criar facilmente um ambiente relaxante com os doentes

0	1	2	3	4	5	6

18. Sinto-me estimulado após trabalhar junto dos doentes

0	1	2	3	4	5	6



---

Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

19. No trabalho que desempenho tenho realizado coisas válidas

0	1	2	3	4	5	6

20. Sinto-me no limite das minhas forças

0	1	2	3	4	5	6

21. No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma calma

0	1	2	3	4	5	6

22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas

0	1	2	3	4	5	6









## **APÊNDICE I**

### **Declaração de consentimento**


---

---



 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MIMOSO, EPE	<b>Realização de Projeto de Investigação Clínica</b> <b>Parecer nº 19/2016 -CES</b>	 Pág. 1 de 1
---	--	--

#### Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº43 -10-05-2016  <b>Assunto:</b>  "Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência"	<div style="text-align: right;">   Maria do Céu Fiala  Enfermeira Directora </div> Solicitado pelo Conselho de Administração 23/06/2016  Em nome do(s) investigador(es):  Carlos Manuel Esteves Nogueira
--	---

#### 1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, IPVC, Escola Superior de Saúde, solicitação de autorização para aplicação de um questionário dirigido ao grupo de enfermeiros do Serviço de Urgência Médico Cirúrgico do Hospital de Santa Luzia.

#### 2. Fundamentação

"Ao longo do tempo, com o progressivo desenvolvimento médico e consequente aumento da exigência profissional, os profissionais, no decorrer da sua actividade, estão expostos a contextos laborais mais exigentes e frequentemente sujeitos a factores stressores"...

"... os factores de risco mais comumente identificados nos enfermeiros são a exposição a situações que implicam maior exaustão emocional. Designadamente o contacto com o sofrimento, a dor, a morte e a preocupação com os doentes..."

"... o stress nos profissionais de cuidados de saúde que trabalham continuamente com pessoas seriamente doentes pode ser emocionalmente desgastante e tornar-se risco de burnout...(sic, do referencial apresentado pelo autor)."

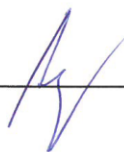
#### 3. Conclusão/parecer

A solicitação está conforme com as exigências do Mod. Q755-CES, não havendo obstáculo à emissão de um parecer favorável à sua realização.

**Nota:** Referências bibliográficas:

Relator(es)	Rosa Olívia Mimoso
Ratificado em reunião do dia 14/6/2016	14/06/2016
Enviado parecer: ____/____/____	

14/06/2016 O Presidente da CES \_\_\_\_\_




	<b>Lista de Verificação de Documentação</b> Projeto de Investigação Clínica (CES)	
		Pág. 1 de 1

**Comissão de Ética para a Saúde  
(CES)**

A preencher pela CES

Projeto: 43 / 2016  
 Relator: Rosa Clara Figueira  
 Data de Receção: 10 / 05 / 2016  
 Data de Parecer da CES: 14 / 06 / 2016

(assinalar com **X** os itens enviados)

Documentos	Enviado por correio eletrónico (Obrigatório)			Entregue em suporte físico de papel (Obrigatório)			Verificação (pela CES)
	Sim	Não	Não se aplica	Sim	Não	Não se aplica	
Requerimento dirigido ao Presidente do Conselho de Administração da ULSAM			Obrigatório	X		Obrigatório	X
Protocolo do estudo, incluindo os instrumentos de recolha de dados			Obrigatório	X		Obrigatório	X
Informação para o doente			X			X	
Modelo de Consentimento Informado				X			
Informação do(s) Diretor(es) do(s) Serviço(s) em que decorrerá				X			X
Informação do Orientador da Tese, validada pela instituição de origem (se aplicável)				X			X
Breve Curriculum/Curricula Vitae do(s) Investigador(es)				X			X
Acordo Financeiro (se aplicável)			X			X	
Apólice de Seguro (se aplicável)			X			X	

**Contactos para envio dos projetos**

Telefone: <b>258 802 108</b> Fax: <b>258 802 511</b>	comissao.etica@ulsam.min-saude.pt	Unidade Local de Saúde do Alto Minho Estrada de Santa Luzia 4901-858 VIANA DO CASTELO
---	-----------------------------------	---





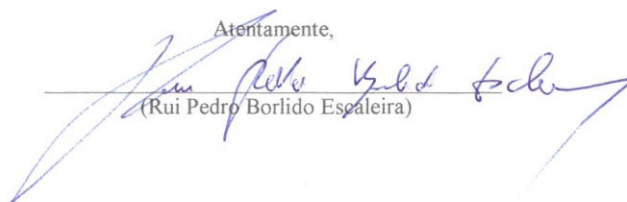
### DECLARAÇÃO

Rui Pedro Borlido Escaleira, na qualidade de Diretor do Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Alto Minho declaro, para os devidos efeitos, que autorizo a realização do estudo do Enfermeiro Carlos Manuel Esteves Nogueira intitulado " *O Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência*", desenvolvido no âmbito do último ano do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, com vista à elaboração da dissertação final.



Por ser verdade, passa-se a seguinte declaração assinada pelo Diretor do Serviço.

Viana do Castelo, 10 de Maio de 2016

Atentamente,



(Rui Pedro Borlido Escaleira)

	<b>Questionário</b> <b>para Submissão de Projeto de Investigação à</b> <b>Comissão de Ética para a Saúde</b>	
		Pág. 1 de 7

# 1) IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO / PROJETO

a) *Título do Estudo / Projeto de Investigação:*

- Buzzmout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência

b) *Identificação do Investigador Principal:*

Nome: Carla Manuel Estêves Nogueira Instituição: ULSAM  
 Serviço/Departamento: Urgência Grupo profissional: Enfermeiro  
 E-mail: xmn@npo.pt Telefone/telemóvel: 964934545

c) *Identificação do Orientador / Supervisor*

Não se aplica ☒

Nome: \_\_\_\_\_  
 Serviço: \_\_\_\_\_ Grupo profissional: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone/telemóvel: \_\_\_\_\_



d) *Identificação do Orientador / Supervisor da Instituição de Ensino:*

O mesmo que em c) ☐ Não se aplica ☐

Nome: Maria Salomé Martins Ferreira Instituição: IPVC  
 Departamento: Escola Superior de Saúde Grupo profissional: Enfermeiro  
 E-mail: salome.ferreira@ess-ipvc.pt Telefone/telemóvel: 258809550

e) *Classificação do Estudo / Projeto de Investigação:*

- i) Trabalho Académico de Investigação ☒
  - (1) Não conferidor de grau ☐
  - (2) Conferidor de grau ☐
    - (a) Licenciatura ☐
    - (b) Mestrado ☒
    - (c) Doutoramento ☐
- ii) Projeto de Investigação ☐
- iii) Ensaio Clínico ☐
  - (1) Medicamentos ☐
  - (2) Dispositivos médicos ☐
  - (3) Outros produtos ☐

	<b>Questionário</b> <b>para Submissão de Projeto de Investigação à</b> <b>Comissão de Ética para a Saúde</b>	 Pág. 2 de 7
---	--	--

Quais? \_\_\_\_\_

iv) Outro tipo de estudo ☐

Qual? \_\_\_\_\_

f) *Versão:*

i) Novo ☒

ii) Modificação / Adenda ☐

iii) Prolongamento ☐

g) *Nome da Entidade Promotora (se aplicável):*

• \_\_\_\_\_

h) *Serviço(s) hospitalar(es) onde será realizada a investigação:*

• Serviço de Urgência de Viana do Castelo (ULSAM)

i) *Existem outros centros, nacionais onde a mesma investigação será efetuada?*

i) Sim ☐

ii) Não ☒



j) *Descreva, sucintamente, os objetivos da investigação:*

• Entender e explicar o fenómeno do burnout identificando os fatores pessoais que apresentam na população alvo do estudo; analisar as diferenças entre o índice de burnout e as dimensões que o compõem (Exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal) e analisar a relação entre o mesmo índice e as variáveis género e estado civil.

k) *Data previsível de conclusão do Estudo / Projeto de Investigação:*

31/07/2016

(Após a conclusão do estudo/projeto de investigação deve comunicar à CES o seu término, bem como enviar cópia dos resultados obtidos)

	<b>Questionário</b> <b>para Submissão de Projeto de Investigação à</b> <b>Comissão de Ética para a Saúde</b>	
		Pág. 3 de 7

## 2) RISCOS / BENEFÍCIOS

a) A investigação envolve doentes?

- i) Sim ☐
- ii) Não ☒

b) A investigação envolve voluntários sãos?

- i) Sim ☐
- ii) Não ☒

c) Que benefícios poderão advir para os participantes?

- Participantes passarão a conhecer este fenómeno, criando uma maior familiaridade para o mesmo e, no caso de sentirem alguns dos sinais da histeria ou sofrerem deste síndrome poderão adiantar-se e contribuir para enfrentar o problema e já prevenindo a sua ocorrência ou sua duração, já minimando o impacto que produz no ensino local dos participantes

d) Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?


- A participação neste estudo não acarreta qualquer tipo de incómodo, risco ou dano aos participantes.

e) A investigação envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, pessoas com incapacidade temporária ou permanente do exercício de autonomia)?

i. Sim ☐ Em caso afirmativo, quais?

- Que razões justificam este envolvimento?

ii. Não ☒

	<p align="center"><b>Questionário</b>  <b>para Submissão de Projeto de Investigação à</b>  <b>Comissão de Ética para a Saúde</b></p>	<p align="center">CHKS</p> <p>Pág. 4 de 7</p>
---	--	---

### 3) CONFIDENCIALIDADE

a) Serão realizados questionários aos participantes?

- i. Sim ☒
- ii. Não ☐

b) Indique como será garantida a confidencialidade dos dados obtidos?

- O nome do respondente não é solicitado em nenhum dos questionários, trata-se de um questionário de preenchimento individual cujos resultados apenas serão utilizados para fins do estudo.

c) Está previsto o acesso aos dados do processo clínico do doente?

- i. Sim ☐

Quem terá acesso ao processo clínico?

- \_\_\_\_\_

- ii. Não ☒



## **APÊNDICE II**

### **Folha de rosto**

---

---





## **Caros Colegas Enfermeiros do Serviço de Urgência da ULSAM**

Atualmente estou a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

No âmbito da minha dissertação final cujo tema será o *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência*, pedia a V. colaboração no preenchimento dos questionários em anexo.

O primeiro questionário reporta-se aos dados sociodemográficos e o segundo é o MBI – *Maslach Burnout Inventory* que se refere à medição da intensidade e da frequência do *burnout* segundo três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

No cabeçalho de cada questionário constarão as instruções de preenchimento, sendo fundamental o preenchimento correto de todas as respostas. Qualquer outra dúvida que surja, por favor não hesite em contactar.

A V. participação é fundamental para o trabalho que pretendo realizar e os dados são confidenciais, estando assim garantido o seu anonimato.

Desde já os meus sinceros agradecimentos,

Carlos Manuel Esteves Nogueira



## **APÊNDICE III**

### **Questionário Sociodemográfico**

---



### Questionário demográfico

Esta secção ajudará nas comparações estatísticas entre diferentes elementos profissionais. A resposta a este questionário é de natureza individual, voluntária e confidencial, sendo garantido o anonimato de todos aqueles que decidirem responder.

**Instruções:** Assinale com um (x) a opção correta e escreva nos quadrados respetivos a resposta adequada.

#### 1. Género

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

#### 2. Idade

#### 3. Nacionalidade

- ☐ Portuguesa
- ☐ Outra

#### 4. Estado civil

- ☐ Solteiro
- ☐ União de Facto
- ☐ Casado
- ☐ Divorciado
- ☐ Viúvo

#### 5. Tem Filhos:

- ☐ Sim
- ☐ Não

#### 6. Habilitações Académicas

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

#### 7. Tem alguma especialidade?

- ☐ Sim
- ☐ Não

##### 7.1. Se sim qual?

- ☐ Enfermagem Comunitária
- ☐ Enfermagem Médico-Cirúrgica

- ☐ Enfermagem de Reabilitação
- ☐ Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- ☐ Enfermagem se Saúde Materna e Obstétrica
- ☐ Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**8. Há quanto tempo trabalha como Enfermeiro?**

**9. Há quanto tempo trabalha como Enfermeiro no Serviço de Urgência?**

